



DIANA COSTA

**SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO:
CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM
FAMILIAR**

SUCCESS OF MOTHER'S BREASTFEEDING: CONTRIBUTION OF
FAMILY NURSING



**DIANA MAFALDA
SILVA COSTA**

**SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO:
CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM
FAMILIAR**

SUCCESS OF MOTHER'S BREASTFEEDING: CONTRIBUTION OF
FAMILY NURSING

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Marília Rua, Professora Coordenadora da Universidade de Aveiro e coorientação científica do Professor Doutor Amâncio Carvalho, Professor Adjunto da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Dedico este trabalho a todos aqueles que estiveram presentes
significativamente durante este percurso.

O júri

Presidente

Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Bragança

Orientadora

Professora Doutora Marília Santos Rua

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Em primeiro lugar um especial agradecimento à Professora Doutora Marília Rua que me orientou durante a realização do estágio e elaboração do relatório, mostrando-se sempre disponível e presente, dando um contributo fulcral para este percurso. Também agradeço ao Professor Doutor Amâncio Carvalho pelo seu pragmatismo que foi bastante importante para a conclusão deste relatório. À Enfermeira Isabel Lopes, Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar que foi a minha supervisora de estágio por todas as aprendizagens que me proporcionou e pelo cuidado, carinho e companheirismo. Agradeço também a toda a equipa da USF Leme por me terem acolhido de modo tão caloroso, facilitando o meu processo de integração e aprendizagem. Às minhas colegas de grupo de Mestrado pelos momentos partilhados e pela amizade estabelecida. À minha colega de serviço Miriam Trindade que foi tão importante e tanto me auxiliou neste percurso e à minha colega Filipa Pereira que contribuiu com a sua serenidade e dedicação nesta etapa final. Ao meu marido um agradecimento especial pela paciência e companheirismo e ainda pelo incentivo para esta caminhada.

Palavras-chave

Aleitamento Materno; Papel do Enfermeiro; Enfermagem de Saúde Familiar; Profissional de Saúde.

Resumo

Este relatório apresenta o resultado das atividades desenvolvidas ao longo do estágio profissional realizado na USF Leme situada em Ílhavo no período compreendido entre setembro de 2018 e fevereiro de 2019. A elaboração deste relatório possibilitou uma reflexão crítica sobre as competências específicas inerentes ao Enfermeiro de Saúde Familiar, assim como uma análise do percurso realizado para o desenvolvimento das mesmas ao longo do referido estágio. Apresenta ainda um estudo empírico que visa compreender o contributo da Enfermagem de Saúde Familiar para o sucesso do aleitamento materno.

Sabe-se que o leite materno é extremamente importante para a saúde materno-infantil, trazendo benefícios indiscutíveis para a mãe, bebé, família e sociedade. O seu sucesso depende de diversos fatores, nomeadamente fatores individuais, históricos e socioculturais diretamente relacionados com a mãe, a família e o contexto que a rodeia. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desempenham um papel fundamental na promoção e apoio ao aleitamento materno com todo o conhecimento técnico-científico que possuem. Contudo, estudos recentes têm vindo a demonstrar que, um número pouco significativo de mulheres referem ter tido apoio profissional que contribuiu para o sucesso do aleitamento materno.

Com o estudo apresentado neste relatório pretendeu-se compreender a perspetiva das mães relativamente ao apoio recebido pelos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros para o sucesso do aleitamento materno.

Para tal, foi utilizada uma metodologia qualitativa, com abordagem fenomenológica. Os sujeitos participantes corresponderam a 13 mulheres, utentes da USF Leme, que foram mães no período compreendido entre dezembro de 2016 e dezembro de 2017.

A recolha dos dados realizou-se através de entrevistas semiestruturadas, como forma de obter narrativas das perspetivas das mulheres. Posteriormente, os dados foram sujeitos a uma análise de conteúdo tendo como suporte o software webQDA®.

Os resultados obtidos demonstram que o aleitamento materno é importante para as mães, existindo, no entanto, dificuldades inerentes a este processo. Algumas condicionantes, como a influência familiar, as experiências anteriores, a condição materna, o regresso ao trabalho, as redes sociais, internet e sociedade e o apoio profissional são determinantes para a decisão, estabelecimento e manutenção do aleitamento materno. Os enfermeiros são considerados relevantes na perspetiva das mães para o sucesso do aleitamento materno, distinguindo-se a intervenção do enfermeiro de família no âmbito das consultas de vigilância da gravidez e de saúde infantil, assim como na visita domiciliária e a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia nos cursos de preparação para a maternidade e como conselheiro de amamentação.

Keywords

Breastfeeding; Nurse's role; Family Nursing; Health Personnel

Abstract

This report presents the results of the activities developed during the professional internship at USF Leme in Ílhavo from september 2018 to february 2019.

The elaboration of this report made possible a critical reflection about specific competences of the Family Health Nurse, as well as an analysis of the course carried out for the development of the same during internship. It also presents an empirical study to understand the contribution of Family Health Nursing to the success of breastfeeding.

It is known that breast milk is extremely important for maternal and child health, bringing benefits to the mother, baby and the whole family. Its success depends from several factors, like individual, historical and sociocultural factors directly related to the mother, the family and the context that surrounds it. Health professionals, particularly nurses, play a key role in promoting and supporting breastfeeding with all the technical and scientific knowledge they have. However, recent studies have shown that a small number of women reports having had professional support that contributed to the success of breastfeeding. Whit the presented study of this report it was intended to understand the perspective of the mothers regarding the support received by health professionals, included nurses, for the success of breastfeeding.

For this, a qualitative methodology was used, with a phenomenological approach. The participants were 13 women, USF Leme users, who were mothers in the period between december 2016 and december 2017.

The data collection was done through semi-structured interviews, as a way of obtaining narratives from the perspectives of the women, and these were subjected to a content analysis with support webQDA® software.

The results obtained demonstrate that breastfeeding is important for mothers, but there are inherent difficulties in this process. Some factors, such as family influence, previous experiences, maternal condition, return to work, social networks and internet and professional support are decisive for the decision, establishment and maintenance of breastfeeding. Nurses are considered to be relevant to the success of breastfeeding, distinguishing the intervention of the family nurse in the context of pregnancy surveillance and child health consultations, as well as in the home visitation and the intervention of the midwife in the courses of preparation for the maternity and as adviser of breastfeeding.

Abreviaturas e/ou siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
AM – Aleitamento Materno
APP – Aulas de Preparação para o Parto
ARS – Administração Regional de Saúde
BFHI – Baby Friendly Hospital Initiative
CNIAB – Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CVG – Consultas de Vigilância da Gravidez
CVSI – Consultas de Vigilância de Saúde Infantil
DGS – Direção-Geral da Saúde
EESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
EF – Enfermeiro de Família
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
HAB – Hospitais Amigos dos Bebés
IHAB – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés
INE – Instituto Nacional de Estatística
MAFC – Modelo de Avaliação da Família de Calgary
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
RN – Recém-nascido
SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF – Unidade de Saúde Familiar
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
VD – Visitação Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	25
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	27
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	31
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	39
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	41
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	43
2.1. O Aleitamento Materno	43
2.2. O Aleitamento Materno em Portugal	45
2.3. Fatores condicionantes do sucesso do Aleitamento Materno	47
2.3.1. Decisão de amamentar	48
2.3.2. Estabelecimento da amamentação	54
2.3.3. Manutenção da amamentação	56
2.4. O contributo do enfermeiro de família para o sucesso do Aleitamento Materno	59
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	65
3.1. Tipo de estudo	65
3.2. Sujeitos Participantes	65
3.2.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Sujeitos Participantes	66
3.3. Problemática e objetivos	67
3.4. Instrumento de recolha de dados	67
3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	68
3.6. Análise dos dados	68
4. ALEITAMENTO: PROJETO E VIVÊNCIAS MATERNAS	77
4.1. Projeto materno	77
4.1.1. Motivação para o aleitamento materno	77
4.1.2. Idealização do aleitamento materno	78

4.2. Aleitamento materno: vivências da mulher	79
4.2.1. Perspetiva do aleitamento materno	79
4.2.1.1.Importância do aleitamento materno.....	80
4.2.1.2. Receios relativamente ao aleitamento materno	80
4.2.2. Perspetiva do sucesso do aleitamento materno	81
4.2.3. Aleitamento materno enquanto processo pessoal	82
4.2.3.1. Dificuldades no aleitamento materno.....	82
4.2.3.1.1 Regresso à atividade laboral	82
4.2.3.1.2. Problemas mamários	83
4.2.3.1.3. Dúvida de hipogalactia	84
4.2.3.2. Duração do aleitamento materno.....	85
4.2.3.3. Comportamento do bebé	86
4.2.3.4. Vantagens do aleitamento materno	86
4.2.4. Fatores influenciadores do aleitamento materno	87
4.2.4.1. Rede de apoio familiar.....	87
4.2.4.1.1. Influência da família	87
4.2.4.1.2. Envolvimento do pai do bebé	88
4.2.4.2. Apoio profissional	89
4.2.4.2.1. Durante a gravidez.....	89
4.2.4.2.2. Parto e pós-parto imediato	91
4.2.4.2.3. Pós-parto	92
4.2.4.3. Experiências anteriores	94
4.2.4.4. Condição materna	95
4.2.4.5. Redes sociais, internet e sociedade	95
5. DAS VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO AO CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	99
6. CONCLUSÃO.....	109
6.1. Conclusões.....	109
6.2. Limitações do estudo	110

6.3. Implicações para a prática profissional/proposta de alteração de práticas profissionais.....	110
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro	
ANEXO II – Autorização do Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro	
ANEXO III – Autorização do Coordenador da USF Leme	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Poster Aleitamento Materno	
APÊNDICE II – Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Participantes	
APÊNDICE III – Guião da Entrevista Semiestruturada	
APÊNDICE IV – Declaração do Consentimento Informado	
APÊNDICE V – Codificação webQDA®	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide de Caracterização da População Inscrita na USF Leme	28
Figura 2. Dimensões de Estudo	69
Figura 3. Categorias da dimensão Projeto Materno	69
Figura 4. Categorias da dimensão Aleitamento Materno: Vivências da Mulher	70
Figura 5. Subcategorias da categoria Perspetiva do aleitamento materno	70
Figura 6. Subcategorias da categoria Aleitamento materno enquanto processo pessoal	71
Figura 7. Subcategorias da subcategoria Dificuldades no aleitamento materno.....	71
Figura 8. Subcategorias da categoria Fatores influenciadores do aleitamento.....	72
Figura 9. Subcategorias da subcategoria Rede de apoio familiar.....	73
Figura 10. Subcategorias da subcategoria Apoio profissional	73
Figura 11. Subcategorias da subcategoria Durante a gravidez	74
Figura 12. Subcategorias da subcategoria Pós-parto.....	74

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio de natureza profissional realizado na Unidade de Saúde Familiar Leme, no período compreendido entre setembro de 2018 e fevereiro de 2019. Está integrado na unidade curricular Dissertação/Trabalho de projeto/Estágio de natureza profissional, do terceiro semestre do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, no ano letivo 2018/2019 e que teve como finalidade o desenvolvimento de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

No âmbito deste estágio foi efetuado um estudo empírico que teve como objetivo compreender as perspetivas das mães quanto ao contributo dos enfermeiros de família e outros profissionais de saúde para o sucesso do aleitamento materno. No mesmo foram exploradas as vivências das mulheres que foram mães no período compreendido entre dezembro de 2016 e dezembro de 2017, através de uma metodologia qualitativa com abordagem fenomenológica, tendo sido utilizado como instrumento de colheita de dados a entrevista semiestruturada.

O leite materno traz benefícios indiscutíveis para a promoção da saúde e prevenção da doença na criança, na mãe, família e inerentemente em toda a população. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (2012) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (2012) emitiram recomendações mundiais com o objetivo da promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. Estas recomendações visam o estabelecimento do aleitamento materno na primeira hora de vida, sendo que este deverá ser exclusivo até aos 6 meses e apenas a partir desta altura será introduzida alimentação complementar. De salientar que, o leite materno deverá ser continuado, pelo menos, até aos 2 anos da criança como complemento da sua alimentação (OMS & UNICEF, 2012).

Constata-se que os profissionais de saúde assumem um papel normalizador e regulador das práticas de aleitamento materno. Destacam-se neste âmbito os enfermeiros, constituindo um recurso imprescindível na amamentação, dada a sua formação especializada e proximidade com a população, contribuindo deste modo positivamente para a aceitação das grávidas/puérperas da opção de amamentar e para a manutenção deste processo. A sua intervenção neste contexto ocorre ao longo do ciclo gestacional, parto e pós-parto, devendo incidir também sobre a família que é um

elemento condicionante para esta prática (Fialho, Lopes, Dias, & Salvador, 2014; M. Silva, Waterkemper, Silva, Cordova, & Bonilha, 2014; Monteschio, Gaíva, & Moreira, 2015; Oliveira et al., 2017; Prado, Fabbro, & Ferreira, 2016; Prates, Schmalfuss, & Lipinski, 2014; Sousa, Fracoli, & Zoboli, 2013). É neste contexto que emerge o enfermeiro de família como um dos principais responsáveis pela promoção e pelo apoio para que se verifique sucesso da amamentação dado que, é ele, quem mais se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, além de que, conhece a sua família, podendo deste modo intervir e contribuir para o *empowerment*¹ da mesma nas questões ligadas à amamentação, melhorando assim os índices de aleitamento materno (Hanson, 2005; Miranda, Zangão, & Risso, 2017; Prates, et al., 2014).

Esperava-se com os resultados emergentes do estudo, compreender, segundo a perspetiva das mulheres, em que medida os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de família, contribuem para o sucesso do aleitamento materno, melhorando assim a sua atuação e, aumentando deste modo a qualidade dos cuidados prestados às grávidas/puérperas/mães e inerentemente aos recém-nascidos/bebés/crianças e restante família.

Existem evidências científicas de que a informação relativa ao aleitamento materno recebida durante as consultas da gestação e preparação para o parto é crucial para ultrapassar com maior facilidade os obstáculos que surgem durante o puerpério (Lima, 2010; Moimaz, Saliba, Borges, Rocha, & Saliba, 2013; Oliveira et al., 2017; Wilhelm, Demori, Alves, & Barreto, 2015). Do mesmo modo o acompanhamento no pós-parto, após a alta hospitalar, também é determinante para o sucesso do aleitamento materno, dado que o período de permanência no hospital é curto e, portanto embora a pertinência da informação transmitida pelos enfermeiros neste contexto seja significativa (pode não ser apreendida na sua totalidade, dado que a mulher está muito concentrada no recém-nascido), o acompanhamento realizado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários torna-se relevante (M. Silva et al., 2014; Rocci & Fernandes, 2014; S. Almeida et al., 2010).

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências durante todo o percurso do estágio, procedendo-se a uma contextualização do local de estágio e em seguida efetuando-se uma introspeção acerca de toda a aprendizagem desenvolvida. No segundo capítulo é apresentado o estudo empírico desenvolvido, iniciando-se com uma contextualização do mesmo, seguindo-se o enquadramento

¹ Utilizaremos a palavra em língua inglesa, dado ser atualmente um conceito já amplamente divulgado e aceite como linguagem universal.

teórico que o sustenta, nomeadamente o contexto atual relativo ao aleitamento materno (recomendações e boas práticas), fatores condicionantes deste processo e a importância do enfermeiro na promoção e manutenção do mesmo. É ainda referenciada a metodologia utilizada no estudo, explicitando-se o tipo de estudo, os sujeitos participantes, a problemática e os objetivos do estudo, o instrumento de recolha de dados, as considerações éticas inerentes e os procedimentos de recolha e análise de dados. Este segundo capítulo é finalizado com a apresentação e a discussão dos resultados obtidos, assim como com a respetiva conclusão, onde serão evidenciadas as limitações do estudo e as suas implicações para a prática profissional. No terceiro e último capítulo é realizada uma síntese conclusiva do relatório e de todo o percurso realizado durante o estágio de natureza profissional.

**CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este relatório diz respeito ao estágio profissional realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Leme, no período compreendido entre setembro de 2018 e fevereiro de 2019 com a finalidade do desenvolvimento de competências gerais e específicas do Enfermeiro de Família (EF), tendo sido supervisionado pela Enfermeira Isabel Lopes, Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e orientado pela Professora Doutora Marília Rua.

Esta unidade funcional de saúde do concelho de Ílhavo está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga (ACeS), situado no distrito de Aveiro. O concelho de Ílhavo possui uma área territorial de 73,47 Km², sendo constituído pelas cidades de Ílhavo e Gafanha da Nazaré e por quatro freguesias (São Salvador, Gafanha da Nazaré, Gafanha da Encarnação e Gafanha do Carmo). De acordo com os dados dos Censos de 2011 este concelho abrange uma população residente de 38.598 indivíduos, que corresponde a 20,191 indivíduos do sexo feminino e 18.407 do sexo masculino e em termos percentuais a 52,3% e 47,7%, respetivamente, cuja cobertura assistencial é feita pelas USF's Leme e Costa de Prata e pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Laços de Mar e Ria (INE, 2012).

A USF Leme foi constituída ao abrigo do Despacho Normativo nº 10/2007 e de acordo com o Decreto-Lei 298/2007 de 22 de agosto que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF's, tendo iniciado atividade em 2 de junho de 2014. Esta tem inscritos 9651 utentes², segundo o Registo Nacional de Utentes relativo a maio de 2019, distribuídos por 6 ficheiros clínicos e acompanhados por uma equipa multiprofissional constituída por 6 médicos, 6 enfermeiros e 5 assistentes técnicos. No que diz respeito ao número total de utentes inscritos, 99,12% tinham médico de família e EF atribuído, 0,71% não usufruíam de médico de família por opção, enquanto que 0,17% não possuíam médico de família. Neste último grupo, enquadram-se os utentes designados esporádicos que são aqueles que estão temporariamente deslocados para este concelho e que estão inscritos em unidades de saúde que distam a mais de 30 Km do mesmo (SNS, 2019).

Na figura 1 é apresentada a pirâmide etária dos utentes da USF Leme³, observando-se que a distribuição de utentes por sexos está equilibrada, sendo 52,04% do sexo feminino e 47,96% do sexo masculino. Verifica-se ainda o predomínio de utentes em idade ativa e, simultaneamente, observa-se uma base mais estreita até a

² Dados obtidos no *site* Bilhete de identidade dos CSP em junho de 2019

³ Dados obtidos no SINUS em outubro de 2018 e fornecidos pelo Enfermeiro coordenador da USF Leme

faixa etária dos 36-39 anos, com um alargamento desta faixa etária até aos 71 anos, seguindo-se um estreitamento da mesma a partir dos 71 anos com maior significado no sexo masculino. É uma população tendencialmente envelhecida, como é típico do nosso país.

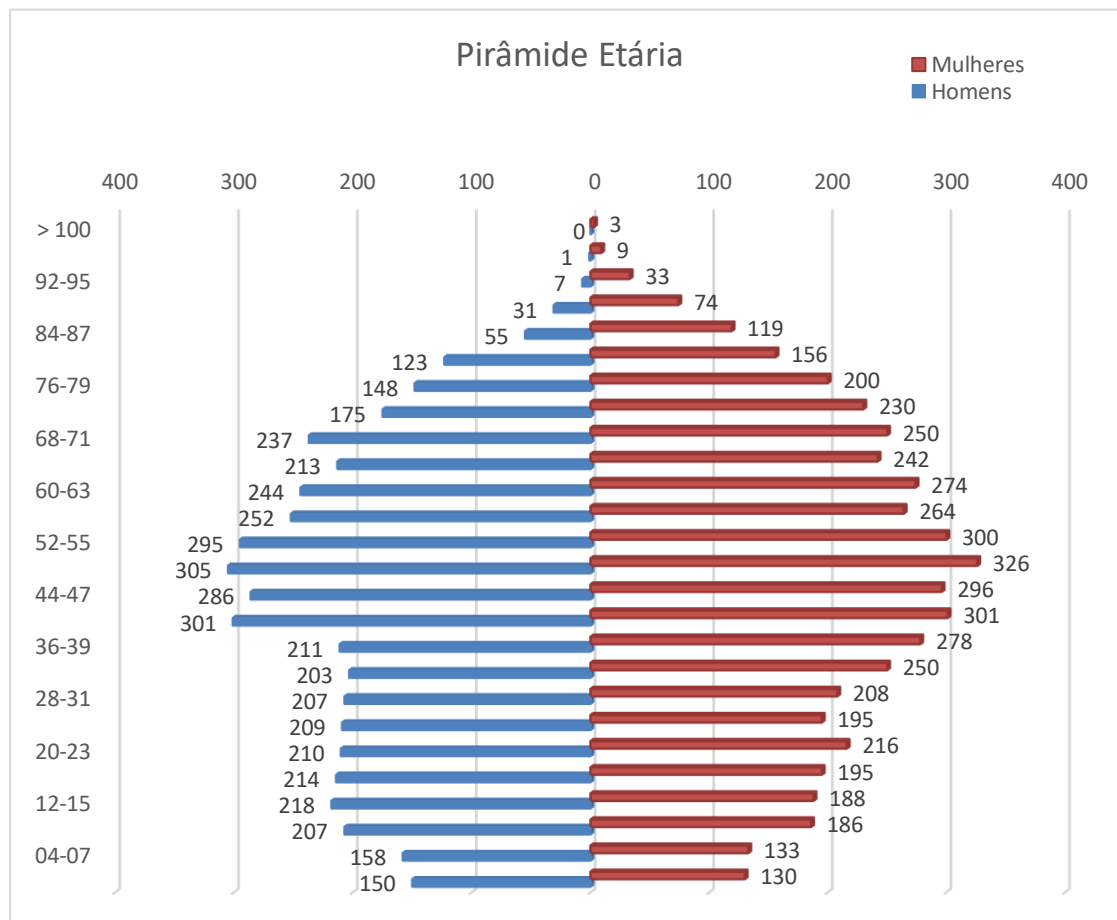


Figura 1. Pirâmide de Caracterização da População Inscrita na USF Leme

Todos os utentes representados estão inseridos nos programas de saúde preconizados pela Direção-Geral da Saúde (DGS). No que diz respeito aos grupos vulneráveis no ano de 2018, cerca de 17,3% da população eram crianças e adolescentes inscritas na consulta de saúde infantil e juvenil (correspondendo a um total de 1677 utentes), 2161 dos utentes eram mulheres em idade fértil (15-49 anos) com programas de saúde materna e planeamento familiar ativos o que representa 22,2% da população e 21,6% da população eram idosos com mais de 65 anos o que corresponde a um total de 2095 utentes (USF Leme, 2015; SNS, 2019).

A missão da USF Leme consiste em prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais, para

melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de todos (USF Leme, 2015). O seu compromisso assistencial inclui assegurar o preconizado no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 73/2017 e no artigo 10º do Decreto-Lei 28/2008, e o previsto no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na Portaria n.º 87/2015, quanto aos tempos máximos de resposta garantidos e na Lei n.º 15/2014, que define os Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Além disso, visa ainda assegurar o cumprimento dos serviços mínimos estabelecidos no regulamento interno da unidade funcional nas situações previstas no nº 1 do artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 73/2017 (USF Leme, 2015).

Considerando a legislação de suporte das USF's e as competências do EF, foram definidos para este estágio os seguintes objetivos:

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- Realizar um estudo de investigação e elaborar o relatório de estágio (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), 2018/2019).

Para atingir estes objetivos foi fulcral o envolvimento em atividades promotoras do desenvolvimento de competências gerais do EF para cuidar a família enquanto unidade de cuidados e, cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, aos diferentes níveis de prevenção, assim como, para liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da ESF (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018). Do mesmo modo foi necessário o desenvolvimento das competências específicas também contempladas no Regulamento nº 428/2018 e que, durante este estágio pela da mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica foram possíveis sedimentar, das quais se salientam:

- Reconhecer a complexidade do sistema familiar, compreendendo as suas especificidades e as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;

- Conceber a família como uma unidade em transformação, que sofre transições decorrentes dos seus processos desenvolvimentais, organizacionais, situacionais e de saúde/doença inerentes ao seu ciclo vital;
- Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família, promovendo a sua capacitação, a sua autonomia e estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;
- Efetuar uma avaliação, qualquer que seja o contexto ou etapa do ciclo vital da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional;
- Reconhecer situações de complexidade específica, formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar de modo a que a unidade familiar atinja a homeostasia (ESSUA, 2018/2019; OE, 2018).

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Como defende Zeichner (1993) não é a prática, por si só que ensina, mas sim a reflexão sobre a prática. Assim, apresenta-se este capítulo onde será realizada uma reflexão sobre o percurso efetuado durante o contexto de prática clínica no estágio realizado. Importa salientar que o contexto de prática clínica é o local mais adequado para desenvolvimento de competências, pois permite operacionalizar os diversos tipos de saber, nomeadamente o “saber”, o “saber fazer” e o “saber ser” (da ação), construindo assim o “saber cognitivo” (saber emergente de reflexão na ação) (Alarcão & Rua, 2005). O desenvolvimento das competências específicas do EF na prática clínica só é possível através da reflexão na ação e da reflexão sobre a reflexão na ação, revelando-se este último um processo fundamental.

Nesta perspetiva é aqui apresentada uma reflexão sobre cada uma das competências a desenvolver durante o estágio, propostas em Guia Orientador, e considerando o anexo II do Regulamento nº 428/2018 que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF (ESSUA, 2018/2019; OE, 2018).

Relativamente à competência **“Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica”**

O EF deve ter uma visão holística da família dado que “a família, como um todo, é maior que a soma das suas partes” (Wright & Leahey, 2012, p. 40). A esse pressuposto, está inerente o princípio da **globalidade** que defende que a família é entendida como mais do que o a soma individual de cada membro, uma vez que ao estudar a família é possível observar as interações entre os seus membros, explicando na íntegra o funcionamento individual de cada um deles (Wright & Leahey, 2012). A família é um sistema constituído por subsistemas familiares e faz parte integrante de supra-sistemas mais amplos. Nos subsistemas ocorrem processos de *feedback*, associados à circularidade e, portanto, os comportamentos dos membros da família afetam e são afetados uns pelos outros, o que está relacionado com capacidade de **auto-organização** que é essencial para a homeostasia (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012). As famílias que apresentam fronteiras permeáveis entre si e o ambiente são ainda caracterizadas pelo princípio da **equifinalidade**, podendo alcançar por uma variedade de caminhos o mesmo estado final, partindo de diferentes condições iniciais, assim como diferentes resultados advindos de diferentes condições iniciais (Vasconcellos, 2002).

Na prestação de cuidados às famílias, constatei que a intervenção com as mesmas deve ser específica e adequada a cada uma e, que estas têm os seus próprios sistemas de controlo que lhes permitem uma organização própria face a estímulos internos ou externos. É assim importante, ver a família como um todo não descurando o seu ambiente e o seu contexto desenvolvimental ecossistémico. Além disso, pude ainda observar que dada a especificidade de cada família, algumas são mais recetivas à intervenção do EF do que outras. Há ainda que considerar que determinadas famílias têm as suas estratégias de *coping* internas e externas que as apoiam na resolução dos problemas e, tanto pelos seus laços fortes, como pela sua coesão, e/ou pelos ambientes saudáveis em que se inserem, conseguem ultrapassar os obstáculos e organizar o funcionamento familiar sem a intervenção do EF.

Relativamente às consultas de enfermagem realizadas na USF, embora algumas sejam efetuadas individualmente a cada membro, está inerente o conceito de família e da sua reciprocidade. No caso específico do planeamento familiar, embora seja a mulher que vem à consulta, há toda uma preocupação com a sua saúde, mas também do seu cônjuge e dos seus filhos. Na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil (CVSI), na generalidade, os casais acompanham os filhos, na consulta de saúde materna, a grávida também se faz acompanhar pelo cônjuge e, em algumas consultas de diabetes e hipertensão também acontece a presença de um acompanhante. De qualquer modo, mesmo nas consultas que são efetuadas individualmente, mantive uma preocupação constante que leva a considerar a família e o contexto em que a pessoa está inserida. Seria difícil para um idoso diabético, do sexo masculino, obter qualidade em saúde, apesar da sua condição se, na consulta da diabetes não houvesse o envolvimento da esposa e/ou as pessoas inseridas no seu microssistema que são responsáveis ou que o apoiam na gestão do seu regime terapêutico.

Na Visitação Domiciliária (VD), constatei também que é possível conhecer com mais proximidade a rede complexa de relações entre os subsistemas familiares e entre estes e os subsistemas sociais e os supra-sistemas, sendo talvez este o meio mais eficaz e privilegiado, na minha perspetiva, para realmente conhecer a família. A VD é realizada à puérpera nos primeiros 15 dias pós-parto e ainda no âmbito do tratamento de feridas/administração de medicação/consulta de diabetes e/ou hipertensão a pessoas em situação de dependência. Ao realizar a VD, podemos conhecer melhor do que em consulta, o contexto de vida da pessoa, nomeadamente a sua habitação, as suas redes de apoio, os seus recursos e o seu suporte familiar. Estes são aspetos importantes para uma avaliação familiar adequada e consequente identificação das necessidades da pessoa e da sua família.

Entendo assim que para efetuar este tipo de abordagem de cuidados é indispensável o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e fundamentalmente relacionais. É ainda necessário tempo, pois só através da interação ao longo do mesmo é possível conhecer os subsistemas familiares, as suas potencialidades, as suas vulnerabilidades, as suas fronteiras e os seus limites. Deste modo, ao interagir com as famílias nos diferentes contextos e aos diferentes níveis de prevenção (primária, secundária, terciária e quaternária) foi-me possível compreender que cada família é única e tem a sua **organização estrutural específica**.

Quanto à competência **“Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital”**

É consensual que os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos indivíduos e suas famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas. Schumacher & Meleis (2010) referem que os encontros entre enfermeiros e utentes ocorrem, muitas vezes, durante períodos de transição caracterizados por instabilidade, que podem ter na sua génese **mudanças de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença ou organizacionais**

As **transições desenvolvimentais** estão relacionadas com mudanças no ciclo vital e ocorrem desde o nascimento até à morte, causando alterações na identidade, papéis, relacionamentos, capacidades e padrões de comportamento da pessoa, assim como na estrutura, funcionamento e desenvolvimento da família. Muitas destas são intencionais (nascimento de um filho) outras são **inerentes ao ciclo vital** (envelhecimento). É assim necessário que, como futura EF, tenha em conta que quer o evento causador da transição seja antecipado, ou não, a transição constitui sempre um processo e o seu início e fim não ocorrem simultaneamente, podendo ou não a pessoa e a família ter no final as mesmas características (Chick & Meleis, 1986). Para que possa ser considerada uma transição é necessário que seja percecionada como tal, pois caso isso não aconteça poderá ser uma situação de mudança, mas que não é considerada transição (Pinheiro, 2004).

Na prestação de cuidados em contexto de USF, o EF presta cuidados à pessoa e família ao longo das diferentes fases do seu ciclo vital, tendo conhecimento dos processos de transição expectáveis inerentes. Contudo, para compreender um processo de transição é necessário conhecer as condições facilitadoras e inibidoras, as quais podem ser de natureza pessoal (significados, crenças e atitudes, nível socioeconómico, preparação e conhecimento), comunitária (recursos) ou social

(marginalização, estigmas e papéis) (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010).

Efetivamente, foi para mim evidente durante o estágio que, o EF é o profissional mais capacitado para conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, no decorrer do seu ciclo vital, estando sempre consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade.

Confirmei que as estratégias de intervenção do EF devem ser sensíveis à compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia, inferindo sobre as necessidades da pessoa e família através dessa abordagem. Para tal, é imprescindível que se estabeleça uma relação de ajuda, na qual o EF coloca as suas competências de escuta ativa, aceitação e cria laços de confiança com a pessoa e família, capacitando-as para a vivência da transição. De salientar que muitas vezes não há necessidade de intervir nos processos de transição das pessoas e suas famílias, pois estas têm recursos internos suficientes para vivenciar as transições saudavelmente. O papel do EF nesta situação passa por demonstrar disponibilidade para apoio.

Importa ainda referir que o conceito de transição é transversal nos documentos normativos que regulam a profissão de enfermagem em Portugal, sendo sensíveis aos conceitos basilares da essência da enfermagem (pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem), o que potencializa a prestação de cuidados do EF que “facilita a resposta da família em situação de transição complexa” (OE, 2018).

Efetivamente na prática diária, no SClínico® já é possível registar informação relativa à transição, existindo focos de enfermagem neste âmbito como o de “Papel Parental” e “Adaptação à gravidez”. Este último é identificado assim que a mulher está grávida, possibilitando o registo sistemático e com uma linguagem classificada, de toda a intervenção durante este processo de transição. Foi possível trabalhar este foco inúmeras vezes durante o contexto de prática clínica e realizar todo o acompanhamento da mulher/família neste período de transição, assim como no pós-parto, em que ocorre a transição do para a parentalidade, sendo utilizado nesta etapa o foco “Papel Parental”.

Ainda relativamente à transição para a parentalidade, importa referir que elaborei um poster (Apêndice I), cuja temática é o Aleitamento Materno que foi apresentado a toda a equipa multidisciplinar da USF e aprovado para afixação na sala destinada à amamentação, como um suporte acessível para auxiliar as mães neste período de transição.

No que se refere à competência **“Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo”**

Os pressupostos da ESF são baseados no pensamento sistêmico e numa **filosofia de cuidados colaborativa**, visando não só apoiar a família na procura de soluções para os problemas identificados, mas também englobá-la no planeamento e execução das intervenções (Wright & Leahey, 2012).

Como pude observar e vivenciar como estagiária, cabe efetivamente ao EF em parceria com a família e após uma avaliação cuidadosa e atenta, identificar as suas necessidades e planejar intervenções em que contemple as suas forças, as suas fraquezas, as suas potencialidades e os seus recursos para que ultrapasse saudavelmente todas as transições a que está sujeita e todos os problemas que enfrenta (Hanson, 2005). Esta **parceria colaborativa** é conducente à homeostasia familiar.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF, o EF: capacita a família na definição de metas promotoras de saúde; colabora com a família no desenvolvimento de planos de cuidados, de modo a alcançar os resultados pretendidos; discute regularmente com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde; analisa os desafios da família e partilha observações sobre o seu crescimento (OE, 2018). Nestas recomendações é notório o envolvimento da família nos cuidados, e na prática pude constatá-lo e desenvolver a unidade de competência do envolvimento, da capacitação e da colaboração com as famílias na prestação de cuidados e na resolução dos seus problemas e situações de saúde/doença.

Um exemplo deste processo de parceria do cuidar é, entre outros, o trabalho que desenvolvi em conjunto com a minha supervisora nas CVSI's do 1º ano de vida. Os pais, regra geral, estão presentes nesta consulta, ou caso não estejam os dois progenitores, está presente outro membro da família, como uma avó ou uma tia. Nestas consultas pude compreender a importância e complexidade das intervenções do EF que envolvem não só a dimensão técnica, mas sobretudo relacional sustentadas por conhecimento científico. Nesta fase de vida da criança há um conjunto significativo de alterações no seu desenvolvimento que exigem dos pais conhecimentos para ajustar os seus cuidados, nomeadamente, nos seus hábitos alimentares. É assim importante abordar com a família: os seus hábitos alimentares, o seu poder de compra, os seus conhecimentos acerca dos alimentos que existem, a sua forma de confeção, as reações da criança, entre outras. Nesta mudança, verifica-se uma colaboração e parceria do EF com a família, porque não é só um debitar de informação para ensinar e instruir, mas há

toda uma preocupação com o que na prática cada casal, cada mãe, cada pai, cada avó pode realizar, tentando adaptar-se e ajustar-se a especificidade de cada situação à sua realidade.

Em relação à competência **“Realiza avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento”**

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), de Figueiredo (2009), foi adotado pela OE para fazer face às necessidades dos enfermeiros relativamente aos cuidados às famílias, tendo sido desenvolvido após reflexão das práticas em contexto dos CSP (OE, 2011). Este é um instrumento de referência teórico e operativo no desenvolvimento de práticas direccionadas à família e sustenta-se no pensamento sistémico, tendo como fonte teórica o Modelo de Avaliação da Família de Calgary (MAFC). Centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação da família: estrutural, de desenvolvimento e de funcionamento. É apresentado através de uma matriz operativa que estabelece a estrutura organizativa e compreensiva das relações da família, permitindo a interligação do processo de enfermagem na prática da ESF (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2012).

Relativamente ao MDAIF, após a sua operacionalização durante um estudo de caso que efetuei no âmbito do estágio clínico do 2º semestre sobressaíram-me algumas dúvidas, nomeadamente no que diz respeito à dimensão funcional na interpretação das escalas de avaliação familiar, que acabaram de certo modo por generalizar resultados de uma família alargada, podendo levar a conclusões incorretas relativamente à família nuclear. Isto levou-me a questionar acerca de algumas limitações deste modelo. Contudo, o facto de se contactar diretamente com as famílias, observando o seu comportamento, a sua interação, a sua linguagem verbal e não-verbal, possibilita um conhecimento das mesmas que facilita a desmistificação de algumas dúvidas que possam surgir na operacionalização do modelo. Figueiredo (2009) defende que as principais fontes de dados sobre a família são as entrevistas, a observação no domicílio, os registos e dados de outros profissionais onde constem também resultados da aplicação de instrumentos específicos de avaliação familiar, como por exemplo a escala de Graffar e o APGAR Familiar. Para mim, e depois da passagem pelo estágio clínico efetivamente as principais fontes de dados são as entrevistas e a observação do domicílio, que é possível realizar através da VD.

Relativamente ao MDAIF é importante referir que na prática este modelo não é ainda utilizado sistematicamente, pois o processo clínico familiar e, consequentemente a avaliação familiar encontram-se ainda subvalorizados relativamente ao processo individual. O SClinico® está limitado nesse contexto, porque embora a sua parametrização contemple campos destinados para elementos da avaliação familiar, estes são reduzidos. Mas, como estudante de um mestrado, onde aprendi a realizar uma avaliação familiar completa, o fato de não ter possibilidade de registo no SClinico® não impediu que durante o estágio clínico efetuasse uma colheita de dados metódica, organizada e sistematizada para uma adequada avaliação da dinâmica familiar.

Quanto às competências **“Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar”** e **“Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar”**

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF, o EF intervém na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situação de complexidade (OE, 2018). Para tal, é imprescindível que: promova o diálogo com a família para facilitar a consecução dos seus objetivos; utilize estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família; codesenvolva e avalie as intervenções de ESF para realizar mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde; incorpore respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família nas intervenções; integre a investigação e evidências clínicas nas intervenções; desenvolva com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos na área da saúde familiar; garanta a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados; e promova ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias (OE, 2018).

Quando refleti acerca desta competência, surgiu uma situação que decorreu durante o estágio e me auxiliou no meu desenvolvimento. Um dos nossos utentes da VD no âmbito da consulta de diabetes que por ter excesso de peso e amputação de um dos membros inferiores, era dependente, tinha como cuidadora a sua esposa já acerca de uma década, mas era evidente um grande apoio dos filhos, noras, genros e netos, sobressaindo uma grande coesão familiar e um bom funcionamento. Este utente teve um episódio de internamento por uma doença aguda e neste intervalo de tempo de hospitalização, a família apercebeu-se de sinais de desgaste e sobrecarga na cuidadora que transpareciam na sua saúde mental. Após perceção da situação pela família, um

filho do casal e, noutro contacto, uma nora procuraram a EF para pedir ajuda, pois neste momento a cuidadora necessitava de cuidados. A EF conseguiu reunir todos os elementos, criando um ambiente seguro, para que debatessem a situação e, deste modo, auxiliá-los na busca de estratégias para enfrentar o problema. É evidente que isto envolveu, um ajuste no funcionamento familiar que foi realizado com intervenção da EF em parceria com a família. A EF colaborou no desenvolvimento de um plano de cuidados de modo a alcançar os resultados desejados pela família. Aqui percebi mais uma vez que cada família é única, reage e organiza-se diante de uma situação de dependência de formas diferentes e a qualidade do cuidado prestado ao doente e aos seus familiares dependerá de como essa família está preparada, organizada e orientada.

De salientar ainda neste âmbito que a vivência e a discussão de casos clínicos com a minha supervisora foi uma atividade muito presente ao longo do estágio e um instrumento importante para a aprendizagem e para o aperfeiçoamento do raciocínio na avaliação familiar, planeamento das intervenções e no reconhecimento das **situações de especial complexidade**.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Os enfermeiros constituem um recurso bastante importante para o incentivo e apoio ao aleitamento materno (AM) dada a sua formação especializada e a sua proximidade com a população, podendo através de todas as suas competências contribuir positivamente para a aceitação da opção de amamentar. A sua intervenção ocorre ao longo do ciclo gestacional, parto e pós-parto na mulher e família. Sabe-se que a família é um fator bastante condicionante para o processo do AM. O EF sendo o profissional mais próximo da mulher durante grande parte do ciclo gravídico-puerperal e que melhor conhece a sua família é um dos principais responsáveis pela promoção e pelo apoio para que se verifique sucesso da amamentação (Fialho et al., 2014; M. Silva et al., 2014; Miranda et al., 2017; Monteschio et al., 2015; Oliveira et al., 2017; Prado et al., 2016; Prates et al., 2014; Rocci & Fernandes, 2014; S. Almeida et al., 2010; Sousa et al., 2013; Wilhelm et al., 2015).

Tendo presente a importância do AM, assim como a necessidade de o compreender e promover de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), e ainda a relevância do EF neste processo e a escassez de estudos, no nosso país, que avaliem o impacto da ESF na promoção do AM, surgiu a necessidade de estudar o contributo do EF para o sucesso do AM, segundo a perspetiva das mulheres, emergindo daí a temática deste estudo “Sucesso do Aleitamento Materno: contributo da Enfermagem Familiar”. A escolha desta temática foi ainda influenciada pela experiência profissional da investigadora que exerce funções no serviço de Obstetrícia, sendo a problemática do AM uma constante na sua atividade diária e uma preocupação enquanto profissional, mas também como mulher, futura mãe e cidadã.

O objetivo principal deste estudo foi compreender em que medida o apoio dos enfermeiros de família e outros profissionais de saúde contribui para o sucesso do aleitamento materno. Para tal, explorámos as experiências vividas pelas mulheres, utentes da USF Leme que foram mães no período compreendido entre dezembro de 2016 e dezembro de 2017, através de um paradigma qualitativo com abordagem fenomenológica, tendo utilizado como instrumento de colheita de dados, a entrevista semiestruturada.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico encontra-se inserido na fase conceptual do processo de investigação e “permite estabelecer em que medida um dado tema foi tratado, de modo a que o estudo empreendido se possa justificar” (Fortin, 2009, p.87). O quadro de referência teórico é prescritivo, pois está na base da concetualização e do desenho de análise de conteúdo, facilitando o exame crítico dos resultados da análise de conteúdo, orientando o desenvolvimento e o aperfeiçoamento sistemático das técnicas inerentes (Amado, 2017).

Esta parte do trabalho de investigação é, portanto, resultado de uma revisão da literatura assente na pesquisa em bases de dados e ainda da consulta de sites de organizações nacionais e internacionais, de modo a obter informação o mais atualizada possível, que permita analisar e compreender o estado de arte da temática em estudo.

2.1. O Aleitamento Materno

O AM tem múltiplas vantagens para a mãe e para o Recém-Nascido (RN), quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida, salvo algumas exceções (Levy & Bértolo, 2012). Relativamente às vantagens do AM, pode-se distinguir: constituir o alimento com mais vantagens nutricionais e imunológicas para a criança, contribuindo para o seu adequado crescimento, desenvolvimento e fortalecimento do seu sistema imunitário; ser de fácil aquisição, baixo custo e amigo do ambiente; promover o vínculo entre mãe-filho; e auxiliar na recuperação da mãe após o parto, prevenir gravidezes e reduzir a probabilidade de cancro no futuro (Barge & Carvalho, 2011; Fialho et al., 2014; Levy & Bértolo, 2012; Prado et al., 2016; UNICEF, n.d.). Apesar das vantagens serem inúmeras, são também reconhecidas algumas desvantagens/dificuldades do AM que incidem sobre a dependência entre mãe e bebé e o facto da quantidade de leite que o bebé ingere não ser contabilizada, o que pode trazer dúvidas e inseguranças (Henriques & Martins, 2011).

A OMS em associação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), têm vindo a exercer um esforço mundial, desde 1991, no sentido da promoção, proteção e apoio ao AM. Neste sentido, foram emitidas recomendações mundiais que promovem e incentivam a amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida, sendo que a introdução de alimentos sólidos e alimentos líquidos (como

a água) deverá iniciar-se apenas nesta etapa, como complemento e não em detrimento do leite materno até, pelo menos, aos 2 anos de vida.

Em 1992 estas organizações em conjunto, lançaram um programa mundial de promoção do AM intitulado – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB)–, internacionalmente conhecido como *Baby Friendly Hospital Initiative – (BFHI)* (UNICEF & Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés,n.d). A IHAB tem como missão a promoção, proteção e apoio ao AM através da mobilização dos serviços de obstetrícia e pediatria/neonatologia dos hospitais e maternidades, na implementação de dez medidas, emitidas pela OMS/UNICEF com o intuito de garantir o sucesso do AM. Estas medidas pressupõem: existir uma norma escrita relativamente ao AM, da qual todos profissionais tenham informação e estejam capacitados para a implementar na prática; dar informação progressiva às grávidas sobre as vantagens do AM e as práticas da amamentação; proporcionar o início da amamentação na primeira hora de vida do RN; promover o alojamento conjunto mãe-RN, sendo que as mães que são separadas dos seus filhos devem igualmente ser informadas acerca do AM e de meios para a sua manutenção; evitar dar outro alimento ou bebida ao RN (salvo indicações médicas); encorajar a amamentação sempre que a criança desejar; evitar o uso de tetinas em crianças amamentadas; informar as mães no momento da alta sobre a existência de grupos de apoio à amamentação e encaminhá-las se necessário (OMS & UNICEF, 2012). Pretende-se com esta iniciativa aumentar o número de instituições que desenvolvem boas práticas e, conseqüentemente, o número de mães que amamentam e por mais tempo.

Este código de conduta surgiu na sequência da Declaração *Innocenti*, a 1 de Agosto de 1990 que englobava quatro metas: nomear um coordenador nacional e criar uma comissão nacional para a promoção do AM; assegurar que todas as instituições que possuam maternidades respeitem plenamente as dez medidas para o sucesso AM; pôr em prática os princípios inerentes ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno; e adotar e aprovar leis inovadoras que protejam o direito das mulheres que amamentam e trabalham (UNICEF, 2005).

Em 2005 foi feita uma atualização da Declaração *Innocenti* de 1990 - Declaração *Innocenti* 2005 – onde se propõe a implementação de novos desafios que assegurem uma alimentação ideal para o RN e para a criança pequena e sugere um percurso a seguir para garantir o direito da criança a uma nutrição adequada (UNICEF, 2005). As principais conclusões da Declaração *Innocenti* 2005 são intituladas de “O que todos deveriam saber sobre a amamentação” e contemplam as dez medidas emitidas pela OMS/UNICEF, acrescentando algumas premissas, como: a amamentação favorece a

proteção dos bebés e crianças contra doenças perigosas, além de que cria laços especiais entre a mãe e a criança; o leite artificial pode desencadear doenças que em últimas consequências pode levar à morte; se a mulher não conseguir amamentar o bebé, pode retirar o seu próprio leite ou utilizar um substituto do leite materno adequado; a partir do 6º mês, os bebés necessitam da introdução de uma alimentação diversificada, mas o AM deve continuar, pelo menos, até ao 2º ano de idade; uma mãe que inicie a sua atividade profissional pode e deve continuar a amamentar a sua criança; a amamentação materna exclusiva pode conceder à mulher 98% de proteção contra uma gravidez nos 6 meses posteriores ao nascimento; existe um risco da mulher com HIV passar o vírus para o bebé através da amamentação, situação que carece de um aconselhamento especial; todas as mulheres têm o direito a um ambiente que proteja, promova e apoie a amamentação, surgindo neste âmbito o Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno que promove a proteção necessária através da proibição à promoção de todos os substitutos do leite materno, biberões e tetinas (UNICEF, 2006).

A aplicação destas boas práticas recomendadas pela OMS e pela UNICEF é condição indispensável para que um hospital/serviço possa vir a ser considerado Hospital Amigo dos Bebés (HAB). Para tal, a instituição de saúde deve ser avaliada por uma equipa externa nomeada pela UNICEF e a certificação de HAB é conferida por um período de 3 anos, sendo que finalizado este prazo, há uma nova reavaliação (UNICEF, n.d.).

2.2. O Aleitamento Materno em Portugal

O Comité Português para a UNICEF assumiu em 1992 a liderança do processo de certificação dos HAB em Portugal, tendo sido constituída nessa altura a primeira Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés (CNIAB), com representantes do Ministério da Saúde/DGS, da OMS, da Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança e do Comité Português para a UNICEF, com reconhecimento do Ministério da Saúde (UNICEF & CNIAB,n.d.).

Em Portugal, sendo a última atualização da CNIAB referente a setembro de 2016, existem neste momento 16 HAB's, alguns dos quais já realizaram reavaliações até agora com sucesso. Em 2016, foi certificado o primeiro ACeS Amigo dos Bebés, o ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, inaugurando o processo de certificação nos CSP em Portugal (CNIAB, 2016). Esta certificação só foi possível, através do trabalho

desenvolvido pela CNIAB, nomeadamente na formação em AM de profissionais dos serviços designados.

No que diz respeito ao âmbito da formação em AM, é importante referir que o primeiro curso de Formação de Formadores em Aconselhamento em AM da OMS/UNICEF (curso de 80 horas com práticas clínicas) surgiu em 1996, e realizou-se na Escola Nacional de Saúde Pública. Depois deste, seguiram-se muitos outros, embora que de mais curta duração, permitindo uma progressiva mudança nas práticas dos serviços e dos profissionais (UNICEF & CNIAB, 2016).

Quanto aos dados da prevalência do AM em Portugal, estes estão disponíveis no relatório do AM da DGS relativo ao ano de 2013, embora haja um novo relatório de 2015 que não se encontra ainda disponível (Orfão, Santos, Gouveia, & Santos, 2014). Pelos dados obtidos denota-se que, Portugal tem vindo a desenvolver esforços para a promoção do AM, pois existe uma alta incidência de AM após o nascimento e ainda durante o internamento nas unidades maternas embora o AM exclusivo até aos 6 meses seja ainda pouco significativo (22,1% em 2014).

Os estudos de Barge & Carvalho (2011) e T. Silva (2013) apontam para uma prevalência de AM exclusivo aos 6 meses de 34% e 44,1%, respetivamente, verificando-se que os CSP assumem cada vez mais um papel importante na continuidade da amamentação.

Existe ainda o relatório da Iniciativa Mundial Sobre Tendências do AM que foi aplicado pela primeira vez em Portugal, em 2015, com o objetivo de avaliar em cada triénio a situação da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Criança da OMS/UNICEF (IBFAN, 2015). Este relatório revela que a média nacional de 6 meses da duração do AM é baixa e, portanto, deve ser uma prioridade realizar esforços para a aumentar e aponta como recomendações:

- criar um Comité Nacional para o AM;
- aumentar o número de instituições (públicas e privadas), acreditadas pela IHAB;
- fortalecer o Decreto-Lei n.º 217/2008, de 11 de novembro que estabeleceu o regime jurídico aplicável às fórmulas para lactentes e às fórmulas de transição destinadas a lactentes saudáveis, de modo a incluir todos os artigos do Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno;
- prolongar a licença de maternidade paga para apoiar o AM exclusivo durante 6 meses e promover a criação de zonas específicas nos locais de trabalho onde as mulheres possam extrair leite e armazená-lo e/ou amamentar;
- dar informação/formação relevante sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas, livre de influências comerciais;

- desenvolver as orientações de alimentação de lactentes e crianças pequenas a nível nacional para que possam ser utilizadas de modo a regular e avaliar os serviços de aconselhamento oferecidos a grávidas e mães dentro do SNS;
- adotar o Guia Operacional para Profissionais de Apoio e Administradores de Programas nas Situações de Emergência – Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergência;
- criar um guia independente sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas;
- contratualizar indicadores relacionados com a prática do AM nos CSP;
- registar em todas as instituições a informação sobre AM na primeira hora de vida;
- desenvolver campanhas que incentivem o AM;
- incentivar o AM exclusivo até aos 6 meses e a introdução da alimentação complementar a partir deste período, sendo esta uma função dos profissionais de saúde.

Galvão (2006) refere que 90% das mães portuguesas iniciam o AM, mas que quase metade destas mães desiste durante o 1º mês de vida do bebé. Mais recentemente, Leal (2017) concluiu que a taxa de iniciação de AM em Portugal é de 96-99%, referindo que quase todas as mulheres iniciam o AM após o nascimento do seu filho, o que vai ao encontro da tendência mundial publicado no estudo epidemiológico de Victora et al. (2016) e aos estudos de Barge e Carvalho (2011), Dias et al. (2013) Rebimbas, Pinto & Pinto (2010), Sandes et al. (2007) e T.Silva (2013).

2.3. Fatores condicionantes do sucesso do Aleitamento Materno

A amamentação sendo um ato natural pode constituir-se como complexo, pois o seu sucesso depende de vários fatores. A duração da exclusividade do AM, aliado à avaliação do estado nutricional e de desenvolvimento da criança, e à qualidade da interação da díade mãe-criança, são os itens mais importantes na definição de sucesso (Levy & Bértolo, 2012).

O sucesso do AM pode ser definido por uma amamentação mais prolongada, existindo hoje o consenso entre os pediatras de que a duração ideal do AM exclusivo é de 6 meses, tal como o que é preconizado pela OMS. Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se três fatores essenciais: a decisão de amamentar, o estabelecimento da amamentação e o suporte na amamentação (Levy & Bértolo, 2012).

Para que se verifique sucesso no AM é necessária a interligação entre três variáveis: uma mãe e pai motivados, um RN saudável e com boa capacidade de sucção

e o apoio de pessoal compreensivo, encorajador e competente. É deveras importante que a mulher sinta confiança em si mesma, acredite que pode amamentar, conheça as mudanças que vão ocorrer no seu corpo de modo a que compreenda o que poderá ser normal e que independentemente das características das suas mamas poderá produzir leite suficiente para amamentar o seu filho (Galvão, 2006).

De salientar ainda, que embora Levy & Bértolo (2012) considerem que existem três fatores essenciais que contribuem para o sucesso do AM, as mesmas autoras defendem que ao referir-mo-nos a sucesso, temos que considerar o projeto materno, dado que sob o ponto de vista da mãe, a prática do AM de curta duração pode ser um sucesso desde que corresponda às suas expectativas.

2.3.1. Decisão de amamentar

A decisão de amamentar prende-se com fatores complexos de ordem fisiológica, psicológica, social, económica e cultural que influenciam o comportamento individual e comunitário. A consciencialização da importância do AM, comparado com outro tipo de alimentação, podendo ou não ser influenciada pela família, amigos ou profissionais de saúde, também afeta a decisão da mulher (Castro, Silva, & Silva, 2015; Levy & Bértolo, 2012). Contudo, por vezes, mesmo havendo esta consciencialização acerca da importância do AM, a mulher é influenciada pela insegurança inerente à própria maternidade que a leva a questionar-se acerca da sua capacidade para alimentar e cuidar dos seus filhos (Oliveira et al., 2017).

Alguns autores demonstraram a influência de alguns fatores como, a condição materna, a idade materna, o nível socioeconómico, a família e o contexto sócio-cultural, o apoio/incentivo por parte dos profissionais de saúde assim como as experiências anteriores em prática de AM, como determinantes na incidência e na duração do AM.

Relativamente à condição materna iremo-nos debruçar sobre as situações em que as mães tenham alguma patologia que seja incompatível com o AM e/ou que estejam numa condição que as impeça de amamentar.

No que concerne esta última, há algumas dúvidas e controversas no que diz respeito ao facto da mulher poder amamentar enquanto está grávida. Ishii (2009) refere que proibir a amamentação durante a gravidez é um preconceito que deve ser desmistificado e que a mulher que esteja grávida pode continuar a amamentar até que o desmame natural ocorra. Madarshahian & Hassanabadi (2012), concluíram no seu estudo que a amamentação durante uma gravidez normal não está associada a riscos

mais elevados para mães e bebês, sendo que sobrepor AM e gravidez é uma decisão pessoal das mães. Na mesma linha de pensamento se encontram Albadran (2013) e Ayrim, Gudoz, Akcal & Kafali, (2014) que consideram que a amamentação não aumenta o risco de perda gestacional ou partos pré-termo, nem afeta o peso de nascimento do RN e que amamentar durante a gravidez não é perigoso, sendo que os profissionais de saúde não devem aconselhar o desmame se uma gravidez ocorrer, devendo antes realizar uma vigilância mais apertada para observar efeitos negativos e, se algum efeito negativo ocorrer, tomar as devidas precauções.

As patologias maternas, nomeadamente as doenças crónicas, como hipertensão, diabetes, patologia osteoarticular, patologia mental, patologia renal, entre outras, exigem um tratamento continuado com fármacos. Estes fármacos são muitas vezes a causa do desmame, uma vez que podem provocar malefícios para o bebé. Chaves, Dias, Dias, Martins, Rocha, & Oriá (2017) e Ferracini et al. (2017) concluíram nos seus estudos que a maioria dos medicamentos consumidos pelas mães, independentemente da classe a que pertencem, era compatível com a amamentação. Isto está de acordo com outros estudos que defendem que poucos fármacos têm demonstrado ser absolutamente contraindicados durante a amamentação. Porém há falta de informação clara, segura e confiável, pois poucos estudos farmacológicos são efetuados com mulheres grávidas ou que amamentam o que leva a que os profissionais que os prescrevem tenham algum receio e optem pelo caminho do desmame (Berlin & Van Den Anker, 2013). Apesar da maioria dos fármacos aparentemente não causar interação com a gravidez/AM, estudos específicos relativamente a psicofármacos recomendam apenas o seu uso se o seu benefício superar os riscos potenciais, pois este tipo de medicação acarreta alguns riscos para o bebé que, contudo, ainda não estão bem documentados e sinalizados (Fortinguerra, Clavenna & Bonati, 2013; Gentile, 2007; Iqbal et al., 2005). Um trabalho mais recente de Lemos (2017) que relaciona a utilização de psicofármacos com o AM, conclui que na atualidade a patologia materna predominante é a depressão, e na maioria dos casos estudados a medicação foi mantida, não havendo consequências significativas desse facto para as crianças. Existe um site online, utilizado pela grande parte dos pediatras quando há dúvida relativamente à compatibilidade medicamentosa que se denomina www.e-lactancia.org. Este site é da autoria de pediatras e outros profissionais do Serviço de Pediatria de um hospital espanhol (Hospital de Marina Alta, Alicante), sendo um sítio de qualidade, cujos objetivos são plenamente conseguidos, muito útil para os profissionais de saúde, particularmente para médicos, permitindo uma consulta rápida em qualquer local, incluindo um consultório ou um Serviço de Urgência e proporcionando a possibilidade

de compreensão e decisão rápida. Ainda assim, a toma de medicamentos pelas mães que amamentam depende da avaliação do risco/benefício, sendo necessário estabelecer critérios para prescrição.

No que diz respeito à idade materna, o estudo de Barge & Carvalho (2011) demonstra uma relação estatisticamente significativa entre o AM aos 6 meses e a idade materna, havendo um aumento da prevalência do AM com a idade. Carrascoza, Costa & Moraes (2005) referem que mães muito jovens apresentam vários fatores que as predispõem a abandonarem precocemente o AM, nomeadamente um nível educacional mais baixo, a insegurança e egocentrismo típico da idade, o facto de serem solteiras, na grande maioria das situações, e consequentemente, não terem o apoio do parceiro. Romão, Durão, Valente, & Saldanha (2017) revelam no seu estudo a tendência atual da mulher no nosso país em engravidar mais tarde, facto este explicado pela grande maioria ser profissionalmente ativa e apresentar uma escolaridade superior o que é congruente com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2018) quanto à média de idades maternas ao nascimento do 1º filho que corresponde aos 30,6 anos. Estes autores consideram a idade materna superior como protetor da adesão ao AM.

Relativamente ao nível socioeconómico, T. Silva (2013) que realizou um estudo no nosso país, considerou que um nível socioeconómico superior está associado a uma maior duração do AM exclusivo. Contudo, no estudo de Victoria et al. (2016) é demonstrado que o AM tem mais duração nas mulheres com rendimentos mais baixos, comparativamente com as que têm rendimentos superiores, nos países de baixo rendimento. Já nos países de elevado rendimento, verifica-se que as mulheres com baixos rendimentos são que as amamentam durante menos tempo, sendo as mulheres com altos rendimentos as que têm maior durabilidade de AM. Faleiros, Trezza & Carandina (2006) referem que as mulheres com rendimentos mais baixos são as que iniciam mais tardiamente a vigilância da gravidez. Relativamente ao grau escolaridade, verifica-se que influencia o AM, pois mães com maior grau de instrução obtiveram uma maior taxa de prevalência da amamentação. As mães menos instruídas tendem a iniciar a vigilância pré-natal mais tarde e, consequentemente decidem *à posteriori* sobre a forma de alimentação dos seus filhos (Araújo et al., 2008; Barge & Carvalho, 2011; Köning, Fonseca, & Gomes, 2008; Rebimbas et al., 2010; Sandes et al., 2007).

Fialho et al. (2014), Prates et al. (2014) e Polido, Mello, Parada, Carvalhaes & Tonete (2011) afirmam que é na rede familiar que são transmitidas muitas crenças e mitos que influenciam a decisão da mulher para amamentar. Sendo que quando a puérpera decide amamentar, não expressa apenas a sua decisão, mas também a sua cultura, o seu contexto histórico, a sua motivação, as suas vivências, os seus

conhecimentos, as suas reflexões sobre vivências passadas, os significados construídos durante toda a vida, os acontecimentos durante a infância, as experiências dos familiares e amigos, as interferências dos *media*, os saberes científicos de cada época histórica e cultural, entre outros.

M. Silva et al. (2014) referem no seu estudo que todas as mulheres receberam informações referentes à prática de AM, sendo distinguidas como fontes de informação significativas as famílias, especialmente a mãe, madrasta, avó, tia e vizinhas. Constatou-se no mesmo estudo a tendência das famílias a oferecerem outros alimentos à criança, deixando subtendido que só o leite materno não é o suficiente para alimentar a criança, o que constitui um entrave para o sucesso do AM, o que também é descrito no estudo de Girish, Mujawar, Dandge, Pazare, & Gaikwad, (2013) que defende que, dada esta situação, é premente que toda a orientação sobre AM seja dada a toda a família. Os conhecimentos e as experiências maternas de alguns membros da família, como mães e avós, geralmente acompanhados por crenças e valores culturais transgeracionais, podem vir a desfavorecer a amamentação exclusiva (Oliveira et al., 2017; Prado et al., 2016). O estudo de Monteschio et al. (2015) revela também uma grande influência da família na manutenção do AM exclusivo, nomeadamente das figuras maternas (mãe e avó). O companheiro/pai da criança é ainda apontado como um apoio e suporte para as mulheres, revelando-se um fator condicionante positivo para o AM, uma vez que a sua ajuda é crucial principalmente após a alta hospitalar, devendo também ser alvo da educação quanto à temática do AM já no período da gravidez (Bullon, Cardoso, Peixoto, & Miranda, 2009; T. B. Silva, Santiago, & Lamonier, 2012; Sousa et al., 2013). De acordo com Franco & Gonçalves (2014) a postura do pai como parceiro na prática de AM é determinante para o seu sucesso.

Quanto à motivação materna o estudo de Boas (2013) revela que este é um fator determinante no sucesso do AM e relaciona-o com a forma como a mãe compreende e retém a informação que lhe é transmitida, manifestando-se na execução de tarefas importantes na decisão de amamentar e também na elaboração de planos e projetos, escolhendo os meios que conduzem a esse fim. A força, a intensidade e a persistência com que as mulheres encaram a amamentação determinam a sua motivação e é importante no processo educativo das mesmas (Ferreira, Nelas, & Duarte, 2012). No estudo da motivação, há que considerar variáveis que exercem o seu controlo durante toda a vida e variáveis transitórias. As primeiras, sendo inatas ou adquiridas, podem ser consideradas como pertencentes à estrutura da personalidade, as segundas, modulam os estados transitórios, durando alguns segundos ou algumas horas (Nelas, Ferreira, & Duarte, 2008). A motivação ideal está relacionada com as expectativas

positivas para o seu sucesso sendo necessária persistência comportamental aquando da confrontação com tarefas desafiadoras. As baixas expectativas para o sucesso estão associadas com baixa persistência e realização. A manifestação da motivação das mães primíparas para manter a amamentação está relacionada com o valor atribuído à amamentação, com a esperança de ter sucesso e com o apoio dado pela parteira (Stockdale, Sinclair, Kernohan, McCrum-Gardner, & Keller, 2013).

Relativamente às experiências anteriores em amamentação o facto de terem amamentado anteriormente outro filho é um fator que facilita a experiência atual, contribuindo positivamente para o processo de AM (Dias et al., 2013; A. Marques et al., 2010; T. Silva, 2013). No entanto, Fialho et al. (2014) afirmam que embora possa ser uma influência positiva ter visto outras mães amamentarem, ou ter amamentado outro filho com sucesso, há que se considerar que os atos humanos não se constituem em mera repetição e o AM é um processo diferente a cada experiência e, por isso, precisa ser “aprendido” e “reaprendido”.

Importa aqui ainda salientar a paridade, sendo que neste âmbito Barge & Carvalho (2011) não encontraram nenhuma diferença estatisticamente significativa, mas observaram uma tendência para o aumento do AM exclusivo aos 6 meses e a maior paridade. Já Romão et al. (2017) referem que a idade materna avançada aquando do nascimento do 1º filho, faz com que a maioria das mulheres seja primípara, mas consideraram que houve uma boa adesão ao AM, salientando nas múltiparas a maior experiência prévia como fator protetor do AM. S. Almeida et al. (2010) que estudaram a amamentação em mães primíparas, demonstraram que o sucesso do AM depende de vários fatores, destacando-se entre eles, as orientações fornecidas no período pré-parto e ainda no pós-parto, com o objetivo de preparar a mãe para superar as dificuldades que possam surgir, minimizar as suas preocupações e fortalecer a sua autoconfiança, favorecendo a sua capacitação e demonstrando-lhe que quanto mais instruída sobre o assunto, maior facilidade terá em superar os obstáculos que se avizinham. Segundo os estudos de Moimaz et al. (2013), Oliveira et al. (2017) e Wilhelm et al. (2015) as orientações acerca de AM fornecidas no período pré-natal refletem-se positivamente no AM. Lima (2010) refere no seu estudo que os fatores que se relacionaram significativamente com uma maior duração do AM foram a assistência médica durante a gravidez e a informação acerca do AM durante a gravidez. Já Oliveira et al. (2017) revelam que apesar da importância da orientação profissional no período pré-natal, a maioria das mulheres não recebeu nenhum tipo de orientação nessa fase, e as que receberam reportaram a figura do enfermeiro como o único profissional que trouxe esclarecimentos e orientações dentro desse contexto da amamentação. M. Silva et al.

(2014) referem que as mulheres que receberam apenas informação sobre AM no período pré-parto se demonstraram um pouco confusas, o que comprova que se a informação ficar restrita a esse período específico pode não ser suficiente. Há, portanto, necessidade de realizar o acompanhamento das mulheres, também no período pós-parto, para identificar as dificuldades encontradas e realizar as intervenções necessárias, favorecendo assim o desenvolvimento da segurança materna e familiar e uma prática de AM exclusivo e seguro (Silva et al., 2014).

Alguns profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, revela nunca ter integrado cursos específicos sobre o AM durante o exercício da sua atividade profissional, limitando-se aos conhecimentos que adquiriram durante a sua formação inicial durante curso, e complementando a sua atuação neste âmbito com as próprias experiências e com dados adquiridos através da observação de mães da comunidade na qual se inserem. Estes dados remetem para uma limitação na formação e educação dos profissionais e valorização do conhecimento comum em detrimento do conhecimento científico que deve estar na base do cuidado de enfermagem (Fonseca-Machado, Parreira, Monteiro, & Gones-Sponholz, 2015; Marinho, Andrade, & Abrão, 2015; Siqueira, 2017).

Talvez se todas as instituições tivessem como objetivo a certificação como IAB, a qualidade de cuidados no âmbito do AM seria deveras melhor, pois essa certificação exige que, pelo menos, 80% dos profissionais de saúde (nomeadamente médicos e enfermeiros) tenham formação na área do AM (UNICEF & CNIAB, n.d.). A implementação de programas de avaliação e melhoria em instituições prestadoras de cuidados a grávidas/mães que amamentam revelam um aumento da taxa da efetividade do AM exclusivo e da melhoria dos *outcomes* na amamentação, respetivamente. Estes programas passam pela formação de profissionais e atualização de políticas (Miranda et al., 2017).

Os cursos de preparação para o nascimento, podem ainda influenciar a decisão da mulher para amamentar. Estes consistem em sessões de preparação para o nascimento, habitualmente semanais, em horário pré- estabelecido, onde se encontram mães/casais com um ou vários profissionais e onde se debatem vários temas relacionados com a gravidez, parto, puerpério e se aprende a encontrar as melhores estratégias, soluções para viver da forma mais saudável e esclarecida esta fase da vida da mulher/casal (OE, 2012). Segundo o Parecer nº 04/2016, neste curso são abordadas diversas temáticas, incluindo o AM, nomeadamente as suas vantagens, a fisiologia da lactação, as recomendações da OMS/UNICEF, as técnicas de amamentação, extração e de conservação do leite materno e de prevenção e tratamento de dificuldades na

amamentação (OE, 2016). Apenas os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) têm competências para elaborar e implementar estes cursos, tendo em conta a sua formação especializada e as necessidades da sua população alvo (OE, 2016). Apesar da importância das Aulas de Preparação para o Parto (APP) poderem ter para o AM, dado ser um curso direcionado também para esta temática e ser lecionado por profissionais devidamente capacitados para tal, Barge & Carvalho (2011) concluíram no seu estudo uma menor prevalência de AM exclusivo aos 6 meses nas mulheres que frequentaram estas aulas comparativamente às que não frequentaram.

Já Miranda et al. (2017) defendem que o apoio que os EESMO's e conselheiras de AM prestam às mães é mais eficaz quando comparado ao suporte fornecido por outros profissionais. O suporte emocional e satisfação também são maiores quando o apoio é efetuado pelas parteiras e conselheiras.

2.3.2. Estabelecimento da amamentação

Para o estabelecimento da amamentação são decisivas as práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, pós-parto imediato e puerpério. Aqui é fulcral o desempenho dos profissionais de saúde no seguimento das recomendações emanadas pela OMS/UNICEF referidas nos pontos anteriores deste relatório (Levy & Bértolo, 2012).

Na evidência científica são apontados como fatores que influenciam o abandono do AM as experiências da mulher vivenciadas durante o trabalho de parto, a sensibilidade e as reações da equipa de saúde às suas necessidades, incluindo o respeito pela sua dignidade e privacidade que contribuem para o seu conforto e bem-estar e afetam a sua motivação em relação ao AM e a facilidade com que este se inicia. Um trabalho de parto prolongado, um parto que envolva sedação profunda, ou um parto distócico por cesariana podem ainda condicionar o início da amamentação, pois nestas situações a mamada na 1ª hora de vida está condicionada ao estado materno (Dias et al., 2013; Galvão, 2006; Rebimbas et al., 2010). Isto corrobora o que refere T. Silva (2013) que considera que o parto eutócico está associado a uma maior duração do AM exclusivo. Na mesma linha de pensamento Henriques & Martins (2011) concluem no seu estudo que, quanto menos intervenção médica ocorrer no parto, maior é a probabilidade da amamentação ter sucesso, observando melhores taxas de duração de AM nas mães com partos eutócicos do que nas mães com partos instrumentalizados.

Galvão (2006) e Dias et al. (2013) constataram que a maioria das puérperas no internamento pós-parto mencionaram um largo e diversificado leque de dificuldades relacionados com a técnica da amamentação e complicações nas mamas, das quais se destacam: dificuldade em colocar o bebé a mamar, mamilos rasos, dolorosos e fissurados, ingurgitamento mamário, mastite e gretas mamilares.

Relativamente aos ensinamentos sobre amamentação no momento da alta, Galvão (2006) concluiu que mais de metade das mulheres referiram que não tiveram ensinamentos. Acrescenta ainda que as mulheres a quem foram efetuados ensinamentos, referiram que estes foram na sua maioria realizados por enfermeiros, sendo que uma percentagem muito pequena correspondeu a ensinamentos efetuados por médicos em conjunto com enfermeiros e médicos isoladamente.

Henriques & Martins (2011) também se debruçaram no seu estudo sobre o apoio sentido pelas mães na maternidade e referem que a maioria se mostrou satisfeita, distinguindo a resolução imediata de problemas, a vigilância e a prevenção de complicações e o incentivo da amamentação.

Outro dos aspetos apontados pelas puérperas nos estudos é relativo ao facto dos enfermeiros, por vezes, estarem muito focados nos aspetos biológicos/fisiológicos do AM e negligenciarem outras dimensões da mulher (psicológicas e socioculturais) que também afetam a amamentação (S. Marques et al., 2009; Siqueira, 2017). É neste âmbito que surge a necessidade da escuta ativa da puérpera por parte do enfermeiro. Só através da escuta ativa é possível conhecer a mulher no que diz respeito à sua dimensão biopsicossocial, e prestar cuidados holísticos e humanizados (Prigol & Baruffi, 2017). Uma experiência positiva no puerpério é um dos fatores reconhecidos como protetores do AM (Dias et al., 2013).

A não continuidade de cuidados pelo mesmo enfermeiro é ainda apontado como fator que condiciona o sucesso no AM, dado que o conhecimento do contexto social, cultural, histórico e económico, assim como o estabelecimento de um vínculo com a grávida/puérpera e família é mais rigoroso quando existe um enfermeiro de referência. Quando as grávidas/puérperas e famílias estão ao cuidado de diferentes enfermeiros ocorre muitas vezes fragmentação da informação, o que dificulta a compreensão do processo de amamentação e das suas determinantes, constituindo uma entrave para o acompanhamento pleno das mulheres desde o início da gravidez até o período pós-parto (S. Marques et al., 2009; Marinho et al., 2015; Miranda et al., 2017).

2.3.3. Manutenção da amamentação

Os primeiros dias após o parto são essenciais para o estabelecimento da amamentação e é durante esse período que se realiza o regresso a casa, sendo neste contexto que ocorrem as primeiras dificuldades, muitas vezes condutoras ao desmame precoce. É após a alta hospitalar que surge o 3º fator que interfere no sucesso do AM, que é referente à manutenção da amamentação. Este diz respeito ao suporte ao AM prestado após a alta da maternidade, destacando-se neste âmbito a importância dos CSP, quer através do apoio direto dos profissionais de saúde nas instalações físicas da instituição, quer através da consulta telefónica ou da VD a realizar nos primeiros dias após a alta (Levy & Bértolo, 2012).

Acresce salientar que não basta a mulher querer amamentar, conhecer as vantagens do AM, a sua importância e a duração recomendada para que a prática do AM seja efetivamente estabelecida e mantida, a mulher necessita de apoio e de ser compreendida, tendo em conta a comunidade onde se insere (Fialho et al., 2014; Moimaz et al., 2013).

A sociedade e as redes sociais da mulher são importantes, dado que o conceito de amamentação pode ser considerado como prática social envolvida num complexo contexto de determinantes sociais, económicos, biológicos, psicológicos que interagem influenciando, favorável ou desfavoravelmente, a sua manutenção. As redes sociais são compostas por pessoas de confiança, que valorizam, se preocupam e gostam da mulher, nomeadamente familiares afastados, vizinhos e amigos. No que diz respeito especificamente às redes sociais presentes na internet, estas por um lado fornecem apoio informativo, ao nível do aconselhamento e incentivo do AM, sem realizar julgamentos, por outro lado fornecem apoio emocional, possibilidade de troca de experiências e até, se necessário, visitas presenciais (Sousa et al., 2013).

Na sociedade atual, com a transformação do conceito de família alargada em família nuclear, a mulher tem menos oportunidade de acompanhar a gravidez, o parto e as práticas de amamentação de outras mulheres, o que torna a sua experiência neste âmbito bastante reduzida, agravando inseguranças, medos e incertezas que condicionam a manutenção da amamentação (Maia, 2007).

De acordo com a literatura, várias são causas de interrupção do AM que se prendem com o desenvolvimento de dificuldades nomeadamente: hipogalactia, problemas mamários, introdução de tetinas e outros alimentos além do leite materno na dieta do bebé, o comportamento do bebé, o cansaço materno e o regresso ao trabalho.

A insuficiência de leite materno (hipogalactia), muitas vezes representa uma ideia criada por más práticas, mamadas pouco frequentes e más interpretações do choro da criança, relacionando-o com fome, e originada pela sua insegurança (Dias et al., 2013; Monteschio et al., 2015; Romão et al., 2017; T. Silva, 2013). Valores e crenças transmitidos pelos familiares, cultura e sociedade e vivências anteriores podem levar a mãe a acreditar que não é capaz de produzir leite de maneira satisfatória. Este tipo de postura e pensamento está fortemente enraizado na cultura, sendo que estas crenças se configuram com as construções socioculturais mais utilizadas como modelo explicativo para o abandono da amamentação ou para a complementação precoce que, contudo, não apresenta na maioria dos casos fundamentação biológica (Gusman, 2005; Moraes, Gonçalves, Strada, & Gouveia, 2017; Polido et al., 2011; Prado et al., 2016; Ribeiro, 2015; Vaucher & Durman, 2005).

As alterações nas mamas, como traumas mamilares e mastites, em consequência de técnicas erradas e mau esvaziamento mamário, originadas por falta de informação e conhecimento é outro fator apontado como dificuldade frequente que surge no AM e conduz ao desmame (Faleiros et al., 2006; Fialho et al., 2014; Filho, Neto, & Martins, 2011; Levy & Bértolo, 2012; Moimaz et al., 2013; Monteschio et al., 2015). A introdução de tetinas, nomeadamente chupetas e biberões nos primeiros dias de vida da criança causando confusão na hora de mamar na mama, pode também levar ao desmame precoce (Barros et al., 2009; Monteschio et al., 2015). O uso das tetinas artificiais em biberões e chupetas, com leite artificial, chás e água é ainda uma prática que reflete hábitos culturais, mitos e crenças, provenientes de influências transgeracionais e que leva ao aumento de aporte de volume no estômago, fazendo com que a criança perca o interesse em mamar e potenciando a má sucção, bem como origina a “confusão de bicos” fomentando a recusa e pega incorreta, potenciadora da ingestão de ar que favorece as cólicas (Barros et al., 2009; Moraes, et al., 2017; Oliveira et al., 2017).

O comportamento do bebé é também encarado como um obstáculo que condiciona desmame, nomeadamente a dificuldade do bebé em iniciar mamada, a recusa do bebé em mamar, a má pega e sucção e o facto do bebé fazer da mama chupeta (Henriques & Martins, 2011; Moimaz et al., 2013; Oliveira et al., 2017).

O regresso das mães à sua atividade laboral é, no entanto, uma das razões apontadas nos estudos, que mais contribui para o desmame precoce, havendo uma necessidade de uma efetiva promoção desta prática, por parte dos profissionais de saúde competentes, neste período que é crítico para as mães (Dias et al., 2013; Galvão & Cardoso, 2017; Monteschio et al., 2015; Oliveira et al., 2017; Sandes et al., 2007).

Segundo os resultados dos estudos de Galvão & Cardoso (2017) e Monteschio et al. (2015) constatou-se que são utilizadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros algumas estratégias de modo a promover a manutenção da amamentação após o regresso ao trabalho das mães, nomeadamente: encaminhar para os cantinhos da amamentação, informar sobre o apoio telefónico, executar a VD, realizar ensinios sobre a legislação, sobre a técnica de amamentação e sobre extração e conservação de leite materno. De salientar que estas estratégias são dirigidas preferencialmente às mães (nos períodos pré e pós-natal), mas também aos pais e avós, quando estes se dirigem às consultas enquanto acompanhantes das mães ou, esporadicamente, por convocatória. São também alvo das suas intervenções promotoras de amamentação as crianças (nas creches e escolas) para implementar a consciencialização sobre a importância da amamentação desde cedo (Faleiros et al., 2006; Galvão & Cardoso, 2017). Há ainda necessidade de alargar as intervenções às entidades patronais e sociedade em geral de modo a minimizar o desmame precoce (DGS, 2015; Galvão & Cardoso, 2017; IBFAN, 2015).

Relativamente à situação profissional Dias et al. (2013) concluíram que as mães desempregadas são as que apresentam uma maior duração do AM, observando que regresso ao trabalho assumiu um papel determinante a partir dos 3 meses. Na mesma linha de pensamento se encontra Alves (2014) que quando a mãe regressa ao trabalho existem grandes períodos e tempo em que a criança não é amamentada nem as mamas são estimuladas, pelo que ocorre um decréscimo na produção de leite e um consequente desmame da criança. Oliveira et al. (2017) referem também que o regresso ao trabalho na maioria das mulheres que estudaram condicionou o desmame precoce. Além dos direitos laborais, a mãe deve ter conhecimento sobre as técnicas de extração e conservação de leite, que permitem prolongar a amamentação após a retoma da atividade laboral. A promoção da amamentação tem sido uma constante devido à evidência científica dos seus benefícios e o impacto que pode ter ao nível da saúde pública (DGS, 2015).

Apesar dos resultados da maioria dos estudos supracitados fazer uma associação negativa entre o regresso ao trabalho e a manutenção do AM, nos estudos de T. Silva (2013), A. Marques et al. (2010) e Barros et al. (2009) o início da atividade laboral não teve grande influência sobre a continuidade do AM.

A participação paterna desde a fase pré-natal, auxiliando a mulher nos cuidados ao filho e a ultrapassar as dificuldades de adaptação, contribuem para a manutenção da amamentação, evitando assim o desmame precoce, motivado inclusive por desconforto materno e falta de incentivo às mães (Barros et al., 2009; Paula, Sartori & Martins, 2010).

Do mesmo modo Amador (2015) reafirma ainda a importância de compreender o pai no contexto do AM e de tentar perceber os diversos fatores associados ao distanciamento de alguns homens no pré-natal e, conseqüentemente, na amamentação.

Salienta-se ainda que, além da vontade materna, da influência familiar e da habilidade dos profissionais de saúde em promover o AM é preciso considerar que o sucesso desta prática depende também de políticas governamentais adequadas e do apoio e participação de toda sociedade, tal como foi demonstrado pelas recomendações emanadas no ponto 2.2 (Fialho, et al., 2014; IBFAN, 2015; Romão et al., 2017).

2.4. O contributo do enfermeiro de família para o sucesso do Aleitamento Materno

As recomendações da UNICEF, OMS e DGS defendem que desde o início da gravidez é importante que os profissionais de saúde ofereçam orientação educacional às mulheres e que sejam capazes de identificar situações de risco ou vulnerabilidade para dificuldades no processo do AM (DGS, 2015; Levy & Bértolo, 2012). Como foi referido no ponto anterior (2.3.1) a educação sobre AM não deve envolver somente as mulheres, mas também a família que é determinante na prática do AM, assim como todo o ecossistema da mulher (Fabbro & Ferreira, 2016; Fialho et al., 2014; M. Silva et al., 2014; Monteschio et al., 2015; Oliveira et al., 2017; Prates et al., 2014; Sousa, et al., 2013).

Um dos compromissos da ESF é o de incluir as famílias nos seus cuidados de saúde, estabelecendo parceria e colaboração com a mesma (Hanson, 2005; OE, 2018; Wright & Leahey, 2012). Salienta-se, portanto a importância do EF no âmbito da promoção do AM, dado que é ele quem mais se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, além de que conhece a sua família, podendo deste modo intervir e contribuir para o *empowerment* da mesma nas questões ligadas à amamentação, melhorando assim os índices de AM (Prates et al., 2014).

A educação para a saúde, durante a gestação e após o nascimento dos bebés é importante para a promoção de AM porém, tal como foi demonstrado por Moimaz et al. (2013), somente a educação para a saúde não é suficiente para evitar o desmame precoce, havendo uma necessidade de realizar um acompanhamento das mães durante a amamentação, mostrando a importância de não só informar mas também, apoiar e acompanhar as mulheres para que se tenha sucesso na prática do AM.

M. Silva et al. (2014) defendem que fora do contexto hospitalar, ou seja, nos CSP, se pode promover e talvez assegurar o AM por um período maior. E quando as mães têm suporte de profissionais comprometidos com o AM exclusivo após a alta hospitalar é possível reverter a situação de AM não exclusivo para o exclusivo (Rocci & Fernandes, 2014).

Só o conhecimento correto, permanente e renovado acerca do AM e dos fatores sociais e culturais da comunidade onde se insere a mulher, permitirão o estabelecimento de programas e práticas informativas e formativas adequadas às necessidades de cada uma, com medidas concretas e efetivas que promovam, protejam e suportem esta prática (Castro et al., 2015).

O enfermeiro deve, portanto, acompanhar a mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, começando pela vigilância durante o período pré-natal, onde identifica os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da grávida e promove a educação para a saúde no âmbito do AM, posteriormente deve continuar a prestar cuidados neste âmbito durante o parto e garantir a vigilância durante o período pós-parto e após a alta hospitalar (M. Almeida, Fernandes, & Araújo, 2004; Marinho et al., 2015).

Castro et al. (2015) referem que as intervenções de promoção do AM realizadas pelos profissionais de saúde no período pré-natal, durante o parto, no pós-parto e durante todo o período da amamentação têm uma importância decisiva.

No estudo de Leal (2017), foi demonstrado que o EF é considerado um profissional de saúde de elevada relevância para as mulheres que referiram receber apoio profissional no AM.

Dias et al. (2013) referem ainda que a elevada taxa de motivação materna para amamentar (98%) e o conhecimento das vantagens do AM é seguramente tradutor do esforço desenvolvido pelos profissionais de saúde em informar e motivar as mães durante a gravidez e no puerpério. De salientar que 62% das mães referiram dificuldades na amamentação durante o puerpério, reforçando a importância do acompanhamento próximo por profissionais de saúde, nomeadamente o EF.

A VD à puérpera e RN é uma área de intervenção autónoma do EF que atualmente se pratica de modo sistemático (fazendo parte dos indicadores dos CSP) e revelando-se de extrema importância na continuidade do AM e consequentemente no seu sucesso. Esta consta das recomendações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, no qual é considerado que “é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de

doença prolongada ou crônica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco”, sendo também uma das propostas da OE para a melhoria e eficiência dos cuidados no SNS (DGS, 2013, p.7; OE, 2013). A UNICEF e a OMS afirmam que a realização de VD após o nascimento, é uma estratégia que fornece elementos efetivos de cuidados aos RN's, aumentando a sua sobrevivência, sendo recomendado a realização de pelo menos uma VD nos primeiros 15 dias de vida, por profissionais de saúde qualificados (OMS & UNICEF, 2009). Os cuidados domiciliários têm como objetivo promover, manter ou recuperar a saúde, sendo que o enfermeiro assume como principal função neste contexto, a educação (E. Almeida, Nelas, & Duarte, 2016).

A implementação da VD de enfermagem no puerpério é essencial para garantir uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio e auxiliar nos ajustamentos psicológicos e fisiológicos que ocorrem neste período, funcionando ainda como um método preventivo que promove uma relação mãe-filho mais saudável e diminui a taxa de internamentos (Carvalho & Tavares, 2010).

Entre as finalidades da VD à puérpera e RN, distinguem-se: a promoção do AM, o reforço da relação de proximidade entre o enfermeiro e a família, a realização do exame físico ao RN e à puérpera, a avaliação da dinâmica familiar, o conhecimento das condições familiares e habitacionais e a promoção da saúde de acordo com as necessidades detetadas e a orientação antecipada (Amaral, 2011).

Esta visita do EF permite uma prestação de cuidados mais humanizados, possibilitando um cuidado mais próximo, individualizado assim como o conhecimento sobre o contexto familiar da mulher que, ao mesmo tempo, transmite autoconfiança, esclarecimento de dúvidas, potencializando o seu desempenho como mãe, com vista ao bem-estar materno-infantil e familiar (E. Almeida et al., 2016; Bernardi, Carraro, & Sebold, 2011)

Na perspetiva de diferentes autores, nomeadamente, Dias et al. (2013) , Miranda et al. (2017) e Prigol & Baruffi (2017), no que diz respeito especificamente ao AM, a VD reveste-se de particular importância, permitindo identificar *in locu* as dificuldades sentidas, observar a técnica da amamentação, a interação mãe bebé, assim como possíveis erros ou práticas não ajustadas.

Na prestação de cuidados de enfermagem à puérpera/família, o respeito pelas capacidades, crenças e valores e a empatia constituem elementos importantes para que a VD seja bem-sucedida (E. Almeida et al., 2016).

Os ganhos em saúde resultantes da VD no pós-parto representam os ganhos em conhecimento e em capacidades da puérpera e família em determinadas áreas,

nomeadamente nos cuidados ao RN, na amamentação e na adaptação às alterações físicas e psicológicas da puérpera. (E. Almeida et al., 2016).

A avaliação estado-ponderal da criança é outra das áreas autónomas de atuação do EF que é realizada no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil (DGS, 2013). A pesagem nestas consultas é importante, pois uma boa progressão do peso garante que o bebé está a ser bem alimentado (Levy & Bértolo, 2012). Para uma vigilância de um AM adequado é, portanto, crucial ter conhecimento e informar a mãe sobre a adequada evolução do crescimento e desenvolvimento do bebé, disponibilizando a possibilidade de uma vigilância mais frequente do peso do mesmo, caso seja necessário. Além do controlo do peso, deve haver a possibilidade de apoio na mamada, correção da respetiva técnica e esclarecimento de falsos conceitos, pois muitas vezes o desmame precoce está associado à ideia de hipogalactia que pode ser desmistificada através da avaliação estado-ponderal do RN (Dias et al., 2013; DGS, 2013).

Embora seja utilizado por outros profissionais de saúde, o genograma e o ecomapa são instrumentos de avaliação familiar, utilizados pelo EF na sua prática e inseridos nos modelos conceptuais de avaliação familiar, nomeadamente no MAFC e no MDAIF (Figueiredo, 2009; OE, 2011). Estes instrumentos são úteis para a compreensão da estrutura da família e das interações desta com os sistemas amplos (ecossistema onde se insere) e família extensa, potencializando a intervenção do EF.

O genograma possibilita a identificação da estrutura interna e externa da família, facilitando a compreensão da composição e vínculos da mesma, assim como permite a construção de uma perspetiva sobre o passado familiar e dos problemas potenciais no futuro, oferecendo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família. Por sua vez, o ecomapa explora as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares e evidenciando o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e instituições de referência (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012). A avaliação familiar através destes instrumentos, em parceria com as grávidas/mulheres que amamentam permite um conhecimento melhor das suas relações familiares, da identificação dos familiares mais significativos, assim como da compreensão da influência dos seus contextos sobre o processo de AM. Isto permitirá ao EF elaborar planos de cuidados específicos para cada mulher, promovendo deste modo o AM (Mendes, Tacla, Ferrari, & Fontana, 2017).

Ainda sobre a prática do AM, Moleiro et al. (2004), defendem que no AM exclusivo o enfermeiro deve conhecer e compreender o desejo da mãe relativamente à

alimentação do seu filho e neste sentido é preciso ter em consideração que a promoção do AM não diz respeito apenas às mães que decidem amamentar, mas também deverá incidir ainda sobre aquelas que não o fazem, prestando o apoio ajustado às necessidades da mulher. Nesta situação o enfermeiro deverá avaliar se é uma decisão esclarecida e consciente, e caso não o seja, deverá prestar os esclarecimentos adequados. Se a decisão da mulher se mantiver deverá apoiá-la incondicionalmente.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No enquadramento metodológico definem-se os meios para realizar a investigação, a natureza do estudo, a maneira como se deve proceder para obter as respostas para as questões de investigação, a população em estudo e os métodos para a colheita de dados, constituindo uma fase importante, pois as decisões tomadas durante a mesma determinam o desenrolar do estudo (Amado, 2017; Fortin, 2009).

Neste capítulo iremos proceder à apresentação do processo metodológico, encontrando-se dividido em seis subcapítulos a saber: o tipo de estudo, a apresentação da questão de investigação e dos objetivos do mesmo, os sujeitos participantes, o instrumento de recolha de dados, as considerações éticas inerentes ao estudo e, por fim, realizamos uma descrição dos procedimentos e ferramentas que se utilizaram na análise dos dados.

3.1. Tipo de estudo

Para compreender o contributo do EF e outros profissionais de saúde no sucesso do AM, entendemos que a aplicação de um paradigma de investigação qualitativa seria o mais adequado. Considerando que a abordagem utilizada procurava estudar em detalhe uma experiência de vida do ponto de vista de quem a viveu, pois pretendia-se analisar a perspetiva das mulheres que foram mães relativamente ao que consideram ter sido o contributo dos profissionais de saúde, nomeadamente do EF, para o sucesso do AM, recorreu-se a um tipo de estudo fenomenológico. Tal como refere Fortin (2009, p.292) “a investigação fenomenológica considera as experiências humanas tal como são descritas pelos participantes”, sendo que o propósito deste estudo é compreender a perspetiva dos sujeitos participantes sobre a temática, de modo a perceber as suas especificidades e singularidades.

3.2. Sujeitos Participantes

Participaram no estudo 13 mulheres que frequentaram as CVSI na USF Leme, entre os meses de outubro de 2018 e janeiro de 2019. Os sujeitos participantes foram convidados a participar durante as CVSI, realizando-se um reagendamento da entrevista para um próximo contacto no mesmo contexto, de acordo com uma escolha

racional e tendo em conta os critérios de inclusão: ser mãe no período compreendido entre dezembro de 2016 e dezembro de 2017, ser utente da USF referenciada, ter mais de 18 anos à data do parto e apresentar capacidade para responder à entrevista. O período definido para o nascimento dos filhos relaciona-se com a necessidade de à data da recolha de dados as mulheres poderem ter tido uma vivência de pelo menos 6 meses, a amamentar ou com possibilidade de amamentar, de modo a verificar-se o cumprimento das recomendações da OMS. Além disso, o período máximo estabelecido foi de 2 anos com o mesmo intuito e para que a experiência de AM não fosse muito longínqua.

Relativamente à população do universo em estudo pela análise dos dados colhidos no Mim@uf em outubro de 2018 (onde foram seleccionadas as grávidas inscritas no Programa de Saúde Materna no período em estudo), constatou-se que houve um total de 145 grávidas, sendo que apenas nasceram 94 nados vivos neste período.

3.2. 1. Caraterização Sociodemográfica e Clínica dos Sujeitos Participantes

Este grupo de mulheres apresenta idades compreendidas entre os 25 e os 39 anos. Todas se encontravam a coabitar com os seus cônjuges, sendo que 11 são casadas e 2 vivem em união de facto. Quanto à ocupação profissional: 10 mães encontram-se profissionalmente ativas e 3 estão desempregadas. De acordo com a escala de Graffar, estas encontram-se distribuídas entre a classe baixa e média alta.

Relativamente ao tipo de parto, identificaram-se 6 situações de parto eutócico, 3 partos distócicos por ventosa e 4 cesarianas. De salientar que 5 mulheres eram primíparas (tendo sido uma situação de gravidez gemelar), 6 secundíparas e 2 múltíparas, em que os partos anteriores se distanciavam entre os 11 meses e 3 anos, respetivamente.

A amamentação na 1ª hora de vida foi estabelecida em 9 mães, sendo que as situações em que isso não ocorreu corresponderam a partos instrumentados. Apenas se registaram 3 situações em que o AM não foi exclusivo até aos 6 meses. A duração do AM varia entre 1 mês e 18 meses, sendo que à data da entrevista o bebé com 18 meses ainda era amamentado.

A caraterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos participantes, encontra-se de forma detalhada no Apêndice II.

3.3. Problemática e objetivos

Face ao quadro conceptual enunciado e associada à problemática do contributo do EF e outros profissionais de saúde no sucesso do AM, segundo a perspetiva das mulheres, foi formulada a seguinte questão de investigação: Em que medida o apoio dos enfermeiros de família ou outros profissionais de saúde contribui para o sucesso do Aleitamento Materno?

Decorrentes da questão de investigação, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Compreender o conceito de sucesso do AM para cada mãe;
- Conhecer qual a perceção das mães sobre o apoio recebido por parte do EF e outros profissionais de saúde no âmbito do AM;
- Identificar qual o contributo desse apoio recebido pelos EF e outros profissionais de saúde para o sucesso do AM;
- Identificar qual a importância na tomada de decisão das mães de continuar o AM, por elas atribuída, ao contributo do EF e outros profissionais de saúde.

3.4. Instrumento de recolha de dados

Dadas as características do estudo, o instrumento de colheita de dados escolhido foi a entrevista semiestruturada que, na perspetiva de Fortin (2009) é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas. Este instrumento é o de eleição pela sua facilidade de aplicação aos sujeitos participantes e por permitir uma flexibilidade na interação entre os mesmos e o investigador (Amado 2017; Fortin, 2009).

Segundo Rua (2009) o investigador pode vivenciar na prática durante a sua colheita de dados, na entrevista semiestruturada a formulação e a sequência das questões não estão predeterminadas, podendo o entrevistador em função das respostas que vai obtendo decidir quando e em que sequência realiza as questões havendo, no entanto, um guião com as principais linhas orientadoras dos temas a abordar. Este guião de entrevista é constituído por duas partes, sendo que a primeira parte é referente a uma breve identificação sociodemográfica e clínica dos sujeitos participantes (Apêndice II), considerando a escala de Graffar e a segunda parte engloba as questões orientadoras que foram utilizadas para dar resposta aos objetivos delineados para o estudo (Apêndice III).

3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Numa primeira fase foi solicitado Pedido de Apreciação à Comissão de Ética da ARS Centro que foi homologado com parecer favorável (Anexo I) e pedidas autorizações ao Diretor da ESSUA (Anexo II) e ao Coordenador da USF Leme (Anexo III).

As entrevistas foram realizadas num ambiente de privacidade, num gabinete da USF destinado ao AM, antes e/ou depois da CVSI (12 meses, 15 meses, 18 meses e 2 anos). O agendamento da entrevista, foi programado segundo a disponibilidade dos sujeitos participantes. Tal como refere Streubert & Carpenter (2013) é boa prática realizar a entrevista num local e momento que sejam mais convenientes e confortáveis para os sujeitos participantes, sendo estes aspetos favoráveis para a partilha de informação pertinente. No momento da entrevista foi feita a apresentação dos objetivos do estudo e solicitado o consentimento livre e esclarecido aos sujeitos participantes (Apêndice IV). A duração das entrevistas variou entre os 10 e os 22 minutos, e as gravações áudio foram transcritas na íntegra para formato digital, respeitando todas as expressões (risos) e momentos de pausa dos sujeitos participantes. Como garantia de privacidade, confidencialidade e anonimato, as entrevistas foram codificadas com códigos alfanuméricos.

De salientar ainda que neste estudo esteve sempre subjacente o cumprimento de princípios éticos contemplados no Código de Nuremberga, na Declaração de Helsínquia e no Relatório de Belmont.

3.6. Análise dos dados

Os dados colhidos de natureza qualitativa foram analisados tendo em conta os objetivos da investigação, segundo uma abordagem de análise de conteúdo, denominada categorização, utilizando o software webQDA® e tendo subjacente os pressupostos teóricos de Bardin (2013) e Amado (2017). O programa permitiu a indexação de todas as entrevistas transcritas em formato digital e posteriormente a codificação dos dados emergentes das mesmas seguindo uma lógica de estrutura de “árvore” com diferentes ramos, designados de dimensões, que se vão subdividindo em ramos cada vez menores correspondentes a categorias e sub-categorias, respetivamente, como é apresentado no Apêndice V (Amado, 2017; Bardin, 2013; Rua, 2009).

De acordo com o supracitado emergiram duas dimensões (fig.2) na análise dos dados das entrevistas. A primeira dimensão é o Projeto Materno, onde se pretende compreender a motivação da mulher para amamentar e a sua idealização acerca do que gostaria que tivesse sido a sua experiência em amamentação. A segunda dimensão corresponde ao Aleitamento Materno: Vivências da Mulher que se define como os processos biopsicossociais nos quais esta manifesta a posição das suas experiências tal como as vive e percebe. Nesta última dimensão procura-se identificar as perspetivas da mulher quanto à amamentação, compreender o seu conceito de sucesso do AM e o modo como experienciou este processo observando as suas dificuldades, os seus sentimentos, as transições que ocorreram no seu quotidiano e reconhecendo os fatores que foram determinantes para essa vivência, dando especial relevância ao contributo do EF neste âmbito.

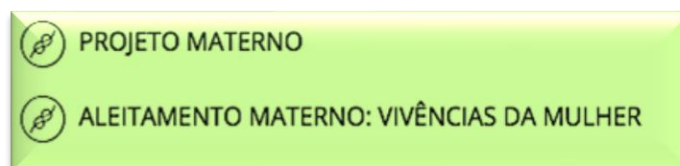


Figura 2. Dimensões de Estudo

Na dimensão **Projeto materno** foram definidas as categorias: *Motivação para o aleitamento materno* e *Idealização do aleitamento materno* (fig.3).

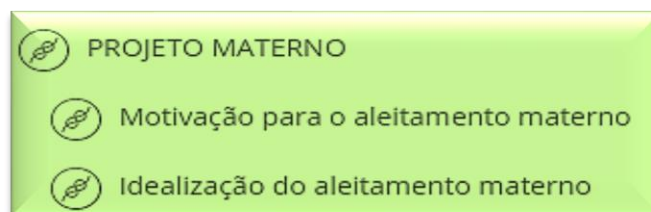


Figura 3. Categorias da dimensão Projeto Materno

A categoria *Motivação para o aleitamento materno* diz respeito às forças que movem a mulher e às estratégias que fazem parte da tomada de decisão da mulher para a prática de amamentar. No percurso entre o desejo de amamentar e a concretização dessa prática, a motivação é o que intervém no processo de resolução materna de modo favorável ou desfavorável. Esta motivação pode depender de vários fatores, nomeadamente: idade materna, nível socioeconómico, situação laboral, apoio familiar, experiências anteriores e suporte profissional (Dias et al., 2013; Fialho et al., 2014; Pinto, 2014; Prates et al., 2014).

Por sua vez, a categoria *Idealização do aleitamento materno* diz respeito ao desejo da mulher em amamentar. Esta posição pode ser considerada um pouco “narcisista”, uma vez que a mulher pretende realizar o seu desejo de amamentar, independentemente da vontade da criança, sobressaindo, por outro lado, nesta postura a preocupação em dar o melhor ao seu filho e em querer ser uma boa mãe (Neves & Marin, 2013).

Na dimensão **Aleitamento Materno: Vivências da Mulher** foram enquadradas as seguintes categorias: *Perspetiva do aleitamento materno*, *Perspetiva do sucesso do aleitamento materno*, *Fatores influenciadores do aleitamento materno* e *Aleitamento materno enquanto processo pessoal*, tal como se observa na figura 4.

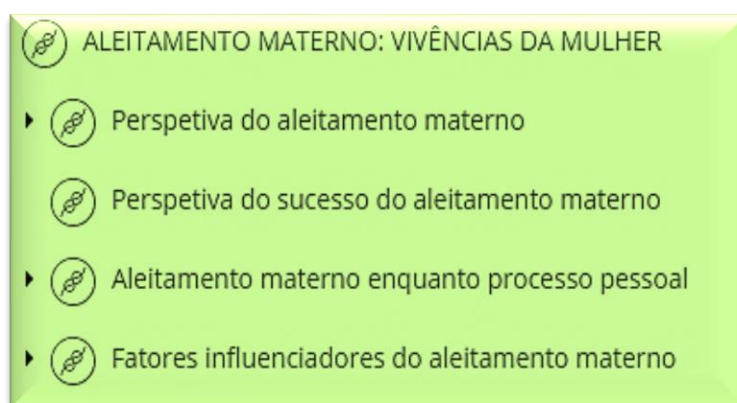


Figura 4. Categorias da dimensão Aleitamento Materno: Vivências da Mulher

A *Perspetiva do aleitamento materno* (fig. 5) engloba a opinião da mulher sobre o que é o AM e o impacto deste processo nos seus processos psíquicos, enaltecendo a sua relevância e todas as preocupações e medos inerentes. Neste sentido, emergiram as subcategorias: *Receios relativamente ao aleitamento materno* que é referente aos medos e preocupações relativos a este processo e *Importância do aleitamento materno* que diz respeito à perspetiva das mães relativamente aos benefícios do AM.

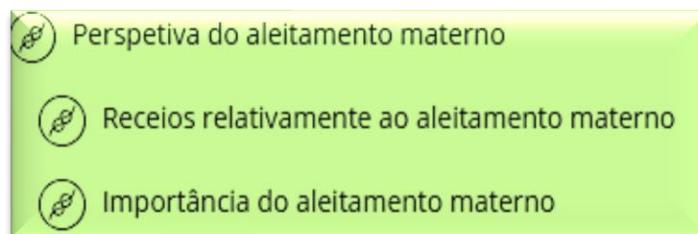


Figura 5. Subcategorias da categoria Perspetiva do aleitamento materno

A categoria *Perspetiva do sucesso do aleitamento materno* (fig.4) diz respeito à descrição da perspetiva da mulher sobre o que considera ser o sucesso do AM.

A categoria *Aleitamento materno enquanto processo pessoal* (fig.6) é referente às vivências da mulher no processo de AM, desde o início da gravidez até ao momento do desmame, e engloba as subcategorias: *Dificuldades no aleitamento materno*, *Duração do aleitamento materno*, *Comportamento do bebé* e *Vantagens do aleitamento materno*.

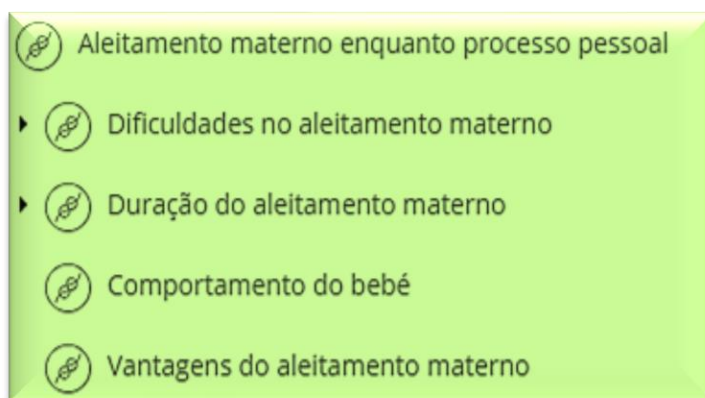


Figura 6. Subcategorias da categoria Aleitamento materno enquanto processo pessoal

Da subcategoria *Dificuldades no aleitamento materno* que é alusiva às situações mais complicadas que o processo de AM acarreta e que causam *stress*, ansiedade, instabilidade e descontentamento, emergiram outras subcategorias: *Regresso à atividade laboral*, *Problemas mamários* e *Dúvida de hipogalactia* (fig.7).

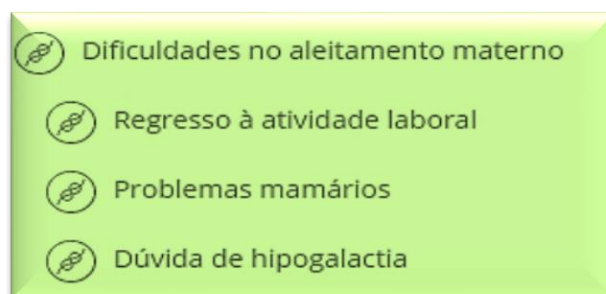


Figura 7. Subcategorias da subcategoria Dificuldades no aleitamento materno

O *Regresso à atividade laboral* (fig.7) constitui uma subcategoria que corresponde ao período em que a mulher regressa ao trabalho, depois de usufruir da licença de maternidade, exigindo, portanto, uma série de ajustamentos na sua vida o que pode constituir uma dificuldade.

A subcategoria *Problemas mamários* (fig.7) inclui as dificuldades que as mulheres vivenciam quando há alterações à normalidade da anatomia e fisiologia mamária.

Por fim, a subcategoria *Dúvida de hipogalactia* (fig.7) diz respeito à incerteza que surge na mulher relativamente à falta de leite ou diminuição da sua produção.

A subcategoria *Duração do aleitamento materno* (fig.6) está relacionada com o tempo que a mulher amamenta. As recomendações da OMS quanto à duração do AM promovem e incentivam a amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida, podendo prosseguir, com outros alimentos até aos 2 anos de vida.

O *Comportamento do bebé* (fig.6) representa outra subcategoria que corresponde aos padrões de resposta do mesmo relativamente ao AM, incluindo o seu interesse pela mama, o modo como realiza a pega e a sua capacidade de sucção e deglutição.

A subcategoria *Vantagens do aleitamento materno* (fig.6) refere-se aos benefícios do AM, nomeadamente, constituir-se como o alimento com mais vantagens nutricionais e de desenvolvimento para o bebé, ser de fácil aquisição, baixo custo e amigo do ambiente, promover o vínculo entre mãe-filho, auxiliar na recuperação rápida do corpo da mãe após o parto e contribuir para uma menor incidência de algumas patologias no futuro (Barge & Carvalho, 2011; Fialho et al., 2014; Levy & Bértolo, 2012; Prado et al., 2016).

Relativamente à categoria *Fatores influenciadores do aleitamento materno*, pretende-se identificar os fatores que são considerados como mais relevantes na influência deste processo. Emergiram ainda das narrativas as subcategorias: *Rede de apoio familiar*, *Apoio profissional*, *Experiências anteriores*, *Condição materna* e *Redes sociais, internet e sociedade* (fig. 8).

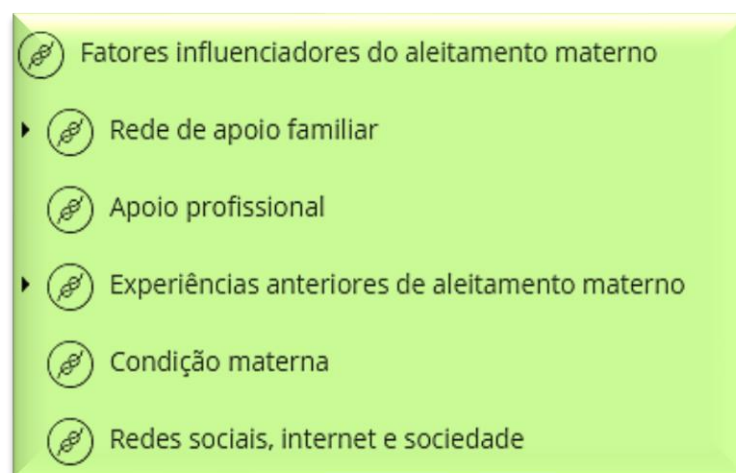


Figura 8. Subcategorias da categoria Fatores influenciadores do aleitamento

É na *Rede de apoio familiar* (fig. 9) que são transmitidos culturalmente e transgeracionalmente hábitos, costumes e crenças que influenciam a decisão da mulher em amamentar e a manutenção do processo (Fialho et al., 2014; Prates et al., 2014). Da subcategoria *Rede de apoio familiar* emergiram outras subcategorias: *Influência da família* e *Envolvimento do pai do bebé*.

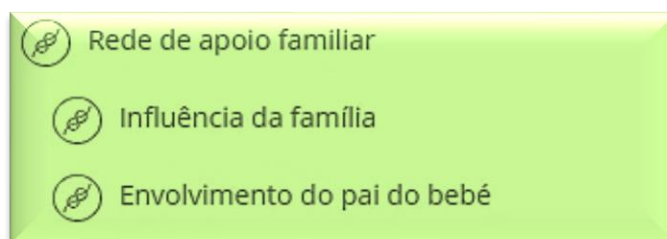


Figura 9. Subcategorias da subcategoria Rede de apoio familiar

A subcategoria *Influência da família* (fig. 9) inclui a influência que os familiares direta ou indiretamente podem exercer sobre o processo de AM. A influência direta está relacionada com a convivência com crianças na família, já a influência indireta diz respeito a atitudes e valores e que podem influenciar as decisões da mulher relativamente à amamentação.

O *Envolvimento do pai do bebê* (fig. 9) é referente à sua influência no processo de AM (Barros et al., 2009; Paula et al., 2010).

A subcategoria *Apoio profissional* (fig. 10) define-se como o apoio prestado pelos profissionais de saúde no processo de AM, sejam eles enfermeiros, médicos ou outros e foi subdividida nas subcategorias: *Durante a gravidez*, *Pós-parto* e *Parto e pós-parto imediato* que dizem respeito às diferentes circunstâncias em que este foi prestado.

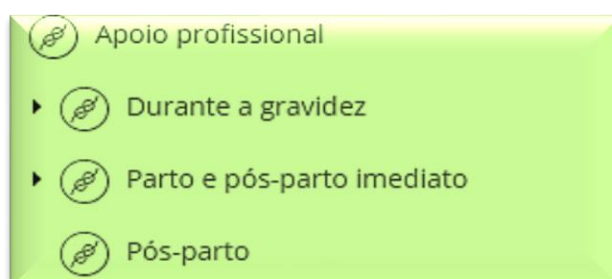


Figura 10. Subcategorias da subcategoria Apoio profissional

Na subcategoria *Durante a gravidez* foram consideradas as subcategorias, APP e Consultas de Vigilância da Gravidez (CVG), como demonstra a figura 11. As APP são definidas como as sessões de preparação para o nascimento para mães/casais, com debate de temas relacionados com a gravidez, parto, puerpério, e que são realizadas por EESMO (OE, 2012; OE, 2016). As CVG integram o esquema das consultas durante a gravidez, salientando-se as intervenções de enfermagem no âmbito da preparação para o AM que a mulher deve ser alvo durante as mesmas de acordo com as normas e recomendações preconizadas pelo Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015).

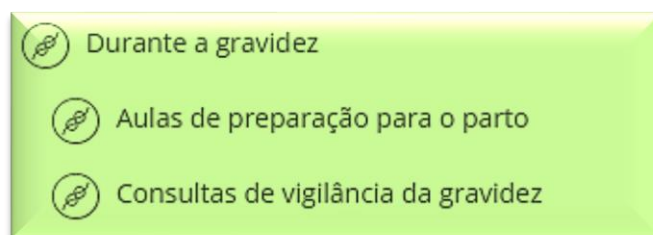


Figura 11. Subcategorias da subcategoria Durante a gravidez

Na subcategoria *Pós-parto* emergem: Consultas de vigilância de saúde infantil, Visitação Domiciliária, Conselheira da amamentação e Consulta telefónica. As CVSI dizem respeito ao esquema de consultas de vigilância da criança, sendo neste caso específico o período de lactente o mais relevante de considerar, pois o que se pretende é demonstrar as intervenções de enfermagem relacionadas com o crescimento e o desenvolvimento do bebé amamentado (DGS, 2013). A VD é referente à prestação de cuidados ao RN e à puérpera no domicílio pelo EF no período de 15 dias imediatamente pós-parto, com o objetivo de promover o AM, reforçar a relação de proximidade entre o enfermeiro e a família, realizar o exame físico ao RN e à puérpera, avaliar a dinâmica familiar, conhecer as condições familiares e habitacionais e a promover a saúde de acordo com as necessidades detetadas. (DGS, 2013; OE, 2013). A conselheira da amamentação é a denominação atribuída ao EESMO ou qualquer outro profissional de enfermagem que possua o curso de conselheiro de amamentação. A conselheira de amamentação detém uma formação especializada acerca da área do AM e presta cuidados de enfermagem à mulher que amamenta quando esta solicita este tipo de apoio. Normalmente as conselheiras estão presentes nos CSP, nas UCC e nos cuidados de saúde diferenciados nos serviços de Obstetrícia. A consulta telefónica inclui o apoio prestado pelo profissional através do contacto telefónico que tanto pode ser realizado pelo profissional como pela mulher que amamenta e necessita de ajuda e de cuidados.

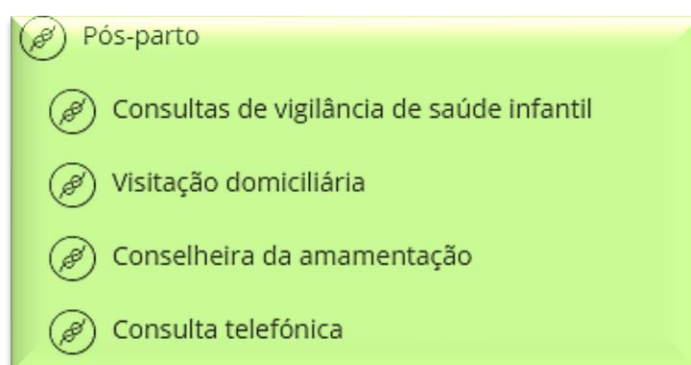


Figura 12. Subcategorias da subcategoria Pós-parto

Já a subcategoria *Experiências anteriores* (fig.8) representa todas as experiências anteriores que as mulheres tenham tido no âmbito do AM, quer diretamente

por já terem sido mães, quer através do contacto com elementos próximos da família, como irmãos mais novos, primos, sobrinhos, afilhados que lhes proporcione algum tipo de conhecimento neste âmbito.

A subcategoria *Redes sociais, internet e sociedade* (fig.8) remete para a informação sobre AM obtida e assimilada pela mulher através destes meios, considerados agentes de socialização, que acabam de certo modo por exercer influência sobre os seus comportamentos e atitudes no âmbito da amamentação. As redes sociais dizem respeito aos amigos mais próximos, às pessoas com quem a mulher mais convive e que dada a sua proximidade influenciam o processo de AM. A sociedade, sendo um agente de socialização importante no qual ocorre a assimilação de hábitos, costumes, ideias e conseqüentemente a criação de determinados padrões de comportamento em diversas questões, nomeadamente no âmbito do AM.

De salientar, que foram considerados na análise de conteúdo alguns critérios indispensáveis como a objetividade, fidelidade e validade (Amado, 2017). Contudo no estudo de carácter fenomenológico há a tendência para a “imersão da pessoa nos dados, num compromisso reflexivo e criando uma descrição rica que informe um leitor das estruturas profundas essenciais subjacentes à experiência humana” (Thorne, 2000, citado por Streubert & Carpenter, 2013, p.48).

4. ALEITAMENTO: PROJETO E VIVÊNCIAS MATERNAS

Neste capítulo iremos apresentar os dados emergentes das entrevistas acerca das vivências da mulher no processo de AM, desde o início da gravidez até ao momento do desmame, evidenciando a sua percepção quanto a este processo, a sua vivência neste âmbito e a sua perspectiva sobre o contributo dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para o sucesso do mesmo.

4.1. Projeto materno

Todas as mães, independentemente dos seus desejos que são singulares e específicos de cada uma, apresentam um projeto materno que corresponde ao que gostariam que fosse a sua vivência do processo de AM e à sua motivação para que o atingissem.

4.1.1. Motivação para o aleitamento materno

Nas narrativas observa-se que as mães estão motivadas para amamentar já desde a gravidez, tomando uma decisão favorável neste âmbito após o nascimento do bebé, pois consideram que é o melhor alimento que podem dar ao seu filho. Algumas consideram a amamentação acima de tudo, e estão tão motivadas que tentam ao máximo manter este processo, instruindo-se e pesquisando informação acerca da temática e ingerindo alimentos que são considerados estimuladores do leite materno para que consigam amamentar o seu filho por longos períodos. Já outras embora estejam motivadas não constroem expectativas ambiciosas acerca do AM e pretendem continuar a amamentação enquanto for possível, não tomando nenhuma medida para que o processo se prolongue no tempo.

“É a melhor coisa que lhe podemos dar! Mas acho que realmente devemos tentar fazer o máximo porque é o nosso bebé!” (E1)

“A única coisa que pensei... era que enquanto pudesse amamentar, amamentava!” (E3)

“Estava motivada na gravidez, mas desde o momento em que ela nasceu veio logo para a maminha...fiquei logo rendida! Eu acho que amamentação, acima de tudo!” (E7)

“Eu por mim quero continuar a amamentar até aos dois anos! Eu acho que pesquisei tudo ao nível da amamentação...para conseguir amamentar e tomei promil, cerveja preta, tudo!” (E13)

4.1.2. Idealização do aleitamento materno

O AM é encarado pelas mães como o melhor alimento que uma mãe pode dar a um filho nos primeiros meses de vida, e conseqüentemente, o desejo de amamentar existe na grande maioria e surge associado a uma idealização do processo que coincide muitas vezes com o que é incentivado pela sociedade. Por vezes, tal como é evidenciado nos relatos, nem sempre o que a mãe idealiza se concretiza, e existem casos em que o processo de AM ultrapassa aquilo que tinham idealizado, o que para elas constitui um grande êxito. Há outros casos em que as mães cumprem a meta que estipularam inicialmente e ainda outros em que não chegam a realizar o que tinham idealizado. Neste último caso a mãe tem necessidade de desconstruir elementos de ordem psíquica que foram anteriormente idealizados por ela, o que pode resultar em tristeza, descontentamento e frustração.

“Não era minha intenção amamentar até essa idade, não...era para ser mais... só que, entretanto, o leite ficou fraco e já não deu para mais... se pudesse ter dado mais gostaria muito... que fosse até mais ou menos um ano, um ano e meio!”(E2)

“Eu acho que um ano é o ideal! Há muitas pessoas que consideram que é muito mais...há pessoas que os miúdos têm três anos e ainda mamam! Na minha cabeça um ano chega!” (E6)

“Pus sempre na cabeça que a minha meta primeira era até ao um ano... E agora a minha meta é até aos 2 anos ...a minha ideia é...só deixar de amamentar quando ela quiser...eu sei que a partir de uma certa idade eles próprios

dizem...eu não quero mais... eu estou com essa esperança que ela própria diga que não quer mais! Não a quero obrigar porque é violento para eles!” (E13)

4.2. Aleitamento materno: vivências da mulher

As vivências no processo de AM são específicas e singulares para cada mulher, contando com as particularidades inerentes a cada vivência, a cada personalidade, a cada experiência e existindo inúmeros fatores identificados como condicionantes das mesmas. Observa-se a perspectiva da mulher no que se refere à consciencialização acerca da importância do AM e aos receios que demonstra relativamente ao mesmo. A sua percepção de sucesso é também influenciada pelas suas vivências e é demonstrada nas entrevistas.

4.2.1. Perspetiva do aleitamento materno

A perspetiva de cada mulher acerca do AM revela que este é um processo único para cada mulher, dadas as especificidades das suas vivências e o seu conhecimento neste âmbito. As mulheres mostraram nas suas narrativas uma perspetiva positiva sobre a importância da amamentação ao nível de diferentes dimensões, nomeadamente sob o ponto de vista fisiológico, pois é o melhor alimento para o bebé e sob o ponto de vista psicológico/emocional, na medida em que promove a ligação mãe-filho.

“Eu para mim é sempre bom...enquanto houver mama acho que é sempre para dar... acho que é muito bom e muito importante! Eu acho que as mães deviam pensar muito mais nos filhos...muitas mães retiram a mama por comodidades...acho que deviam pensar em primeiro lugar, na satisfação que não é só do bebé...mas também por uma questão de saúde! Pensar também no que é bom para elas...porque é uma ligação tão boa! Que deviam pensar nisso, e muitas mães não pensam!” (E8)

“E isso é uma mais valia para a criança e também para a mãe.” (E2)

4.2.1.1. Importância do aleitamento materno

Quanto à importância do AM a perspectiva da mulher diz respeito aos benefícios que ela considera que este processo pode trazer para o bebé, para a mãe, para a família e para a sociedade. Nas narrativas as mães reconhecem esse facto, sendo que é referida a importância de fortalecer a imunidade da criança. É também nomeado o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho. A comodidade e a facilidade de adquirir, uma vez que está sempre pronto e pode ser dado em qualquer altura e em qualquer lugar é outro aspeto apontado como importante.

“Porque eu sei que isso ajuda muito nas defesas do bebé!” (E1)

“Acho que é muito importante para a criação, ou pelo menos, para o aprofundar de uma ligação entre a mãe e o bebé...E para um contacto físico... E o leite materno tem todos os nutrientes e tudo o que a criança necessita!” (E4)

“Primeiro, porque acho que é uma coisa que está sempre pronta...é completamente diferente de ter que andar com o leite para trás e para a frente” (E6)

4.2.1.2. Receios relativamente ao aleitamento materno

Embora o processo de AM contemple inúmeros benefícios, nas narrativas são evidentes as preocupações e os medos das mulheres inerentes a este processo. É inevitável que a mulher seja influenciada pela insegurança inerente à própria maternidade que a leva a questionar-se acerca da sua capacidade para alimentar e cuidar do seu filho e conseguir gerir as atividades do quotidiano. Nas narrativas transparece o receio da mulher de não ter leite, nomeadamente em casos de primiparidade, onde não existem experiências anteriores. A preocupação de não conseguir gerir o esforço que o aleitamento impõe e o cansaço que daí pode advir é também observado.

É ainda descrito pelas mães que o processo de AM poderá levar a que abdicuem de coisas que não consideram ser tão prioritárias como a vida social, podendo este facto ser considerado em simultâneo um receio e uma limitação relativamente ao processo do AM.

“Por mais que a gente tenha dúvidas, nós na altura nunca sabemos para o que vamos. E então... Nós roemos as unhas das mãos só não roemos as dos pés porque não conseguimos!” (E2)

“Durante a gravidez eu estava preocupada porque pensava que não ia ter leite...é o primeiro filho, foi operada com 5 meses de gravidez.” (E7)

“Eu não sei quanto tempo conseguiria conciliar com trabalho, com o cansaço” (E4)

“É a vida social que eu não tenho, mas acho que é um sacrifício que nós todas enquanto somos mães...mais tarde haveremos de colher os frutos disso!” (E13)

4.2.2. Perspetiva do sucesso do aleitamento materno

Observou-se nas narrativas que há mães que associam o sucesso ao simples ato de amamentar, uma vez que consideram que este é um processo que nem todas as pessoas conseguem estabelecer. Outras mães consideram que o sucesso está relacionado com a duração do AM e, portanto, quanto mais tempo amamentam, mais sucesso consideram ter tido, pois apesar de todas as dificuldades que surgiram, foi possível manter este processo. Há uma mãe que se refere ao sucesso como um processo com duração com qualidade, não especificando o que entende por “qualidade”. As narrativas revelam ainda que o conceito de sucesso do AM está diretamente ligado ao crescimento e desenvolvimento adequado do bebé. Amamentar sem dor e sem julgamentos é outra definição de sucesso evidenciada pelas mães.

“Sucesso é ter conseguido dar peito porque nem todas as pessoas conseguem!” (E2)

“Conseguir amamentar o máximo de tempo possível...com qualidade!” (E1)

“O sucesso é com 15 meses ainda amamentar...eu acho que isso é um sucesso hoje em dia... com o stress do trabalho...que eu já comecei a trabalhar quando ela tinha 10 meses, e continuo sempre a amamentar...” (E3)

“Sucesso foi a experiência e também o desenvolvimento do bebê!” (E12)

“O sucesso é nós conseguirmos amamentar sem dor...principalmente! E sem críticas, tanto da parte de outras mães, de familiares, como também da parte dos enfermeiros.” (E7)

4.2.3. Aleitamento materno enquanto processo pessoal

As vivências da mulher no processo de AM, desde o início da gravidez até ao momento do desmame, são pessoais e descritas por cada uma com aspetos semelhantes, mas simultaneamente individuais e específicos, influenciados pelos seus sentimentos, as suas emoções, as suas preocupações e os seus êxitos neste âmbito.

4.2.3.1. Dificuldades no aleitamento materno

Relativamente às dificuldades no AM, é evidente nos relatos que existiram aspetos que funcionaram como obstáculos, provocando *stress*, angústia, descontentamento, tristeza, desespero e descontentamento.

“E era muito difícil...porque era uma e a outra...e o tempo que eu tinha para cuidar... não dava para dormir... e por isso também foi muito complicado!” (E4)

“Eu tive para desistir da amamentação no hospital.” (E7)

4.2.3.1.1 Regresso à atividade laboral

Após o período de licença de maternidade, as mães regressam à sua atividade laboral, e embora tenham direito legal de redução de horário para amamentarem o seu bebê, toda a dinâmica muda e, por vezes, é bastante complicado conciliar o trabalho com o processo de AM. Este facto é evidenciado nas narrativas. Tal como é referido pelas mães, o período em que estão em casa é o noturno, sendo durante a noite que amamentam com mais frequência e, conseqüentemente, dormem menos. Surge assim, o cansaço materno, provocado pela falta de horas de sono e pelo desgaste das rotinas de um bebê pequeno. O regresso ao trabalho interfere ainda com as disponibilidades

das mães para frequentarem as aulas de recuperação pós-parto que auxiliam no sucesso do processo de AM. Nas narrativas é demonstrado que o início da atividade laboral condiciona a duração do AM, pois é evidente no discurso de uma mãe que se não tivesse regressado ao trabalho seria possível continuar a amamentar. De salientar, contudo, que a maioria das mães entrevistadas consegue conciliar o trabalho com AM.

“Devemos tentar ao máximo...é um grande esforço da nossa parte, principalmente porque trabalhamos e questões de horários...mesmo à noite, é muito mais fácil se calhar começar a habituá-los a dar-lhes o biberão... pronto!”
(E1)

“Sim, porque de dia estou a trabalhar...ela não está comigo! Então, à noite ela só faz mama antes de dormir e depois vai acordando de 3 em 3 horas, pelo menos! Quando chego a casa às 16h30, dou-lhe mama...ela tem que mamar antes de jantar, para jantar bem!” (E13)

“Não fui às aulas da amamentação no pós-parto, porque comecei logo a trabalhar...eu tinha um café e fechei o café com 40 semanas, passado 4 dias foi tê-la e passado 15 dias dela nascer já estava a trabalhar! Por isso...não foi fácil!”
(E7)

“Eu como tive que voltar a trabalhar, para mim até aos 6 meses foi o ideal! Mas quem fica em casa e ainda tem leite, eu acho que pode continuar.” (E12)

4.2.3.1.2. Problemas mamários

O aparecimento de alterações nas mamas, nomeadamente mamilos dolorosos e/ou com fissuras, gretas e ingurgitamento mamário é apontado nas narrativas como uma dificuldade no AM. Além disso, a falta de informação acerca da possibilidade da ocorrência destas alterações na fisiologia mamária, evidente nos relatos, constituiu um fator que exacerba mais este problema, pois as mães não sabem bem o que fazer relativamente a estas situações.

“O meu peito estava todo gretado e cheio de ferida, estava com dores no peito e cada vez que a minha filha mamava era horrível!” (E2)

“Ficar com as mamas em ferida e ter imensas dores! Foi aí que eu chorei e disse que não dava mais mama! (E7)

“E no dia seguinte o leite subiu ou desceu...nunca sei a expressão! E foi de repente...ela não pegava bem...tinha as mamas completamente doridas...nunca ninguém me disse que doía dar de mamar...e eu não sabia muito!” (E13)

4.2.3.1.3. Dúvida de hipogalactia

O sentimento de insuficiência de leite materno experienciado pelas mães, pela interpretação dos choros do bebê como sendo sinais de fome é observado nas narrativas. Esta dúvida materna, associada a crenças herdadas culturalmente e na sociedade, leva à introdução do leite artificial por meio de biberões, mesmo sem evidência que comprove a sua necessidade, nomeadamente sinais e sintomas no bebê, como perda de peso, lábios secos, irritabilidade. Mas nem todos os bebês aceitam o biberão, principalmente quando já têm alguns meses de AM (neste caso específico, 7 meses). De salientar ainda que a percepção de que o leite materno já não é suficiente para alimentar o bebê, leva as mães a realizar o desmame.

“O leite começou a ficar fraco e, entretanto, já não a sustentava... tanto a uma como a outra... portanto já não valia a pena estar a fazer a criança sofrer (...)tanto uma como outra...a ficarem a chorar mais vezes, tipo de hora a hora...de meia em meia hora...e já se via que não era o suficiente, mas depois também fiz o seguinte...dava na mesma o peito com o suplemento.” (E2)

“A "E" teria talvez uns 7 meses quando comecei a sentir que tinha menos leite e o "N" também foi mais ao menos na mesma altura, mas nem um nem outro pegaram no biberão... aliás o "N" vomitou mesmo o leite! Senti necessidade de introduzir o biberão nessa fase dos 7 meses, porque eu achava que já tinha menos leite, que não era suficiente!” (E6)

“Talvez porque o meu sistema nervoso não tivesse deixado que o amamentasse mais...porque eu tinha, só que não o sustentava!” (E5)

4.2.3.2. Duração do aleitamento materno

No que diz respeito, ao período de duração do processo de AM algumas mães ultrapassaram as metas que tinham estipulado inicialmente e demonstraram-se motivadas para continuar a amamentar. Outras cumpriram a sua meta e não amamentaram mais que o período estipulado. Relativamente a experiências anteriores verifica-se nas narrativas que a duração do AM no filho atual também foi superior. É evidente nos dados que a duração do período de AM não depende só da decisão da mãe e de todas as condicionantes inerentes, mas também da vontade do bebé. Apenas uma mãe amamenta ainda o filho (atualmente com 18 meses), sendo a que mais se aproxima das recomendações da OMS. Duas das mães entrevistadas deixaram de amamentar, pois estavam grávidas, com idades gestacionais de 12 e 17 semanas. Uma delas, contudo, ainda amamentou até aos 12 meses. Verificou-se que a duração do AM mais curta foi de um mês.

“Sim, amamenteei até aos 6 meses... mais ou menos por aí!” (E12)

“Eu acho que já ultrapassei a minha meta, pois inicialmente achava que era um ano só que aí está, como ela continua a procurar ela é muito dependente ainda da mama, principalmente à noite para dormir... ainda não consegui deixar e só faz bem, portanto vou continuar!” (E1)

“Até ao 1 ano...mais do que isso não!” (E10)

“Dos filhos que tive esta foi a que amamenteei até...passou de 1 ano! Foi até aos 13/14 meses!” (E3)

“E foi até aos 13 meses! Mas desisti porque ela é que desistiu da amamentação. Até aos 6 meses foi amamentação exclusiva! Depois foi introduzindo a alimentação, mas continuou sempre na mama...bastante mama!” (E7)

“Deixei de dar mama ao 1 ano porque estava grávida!” (E11)

“Eu julgo que foi até...foi só 1 mês! Não foi muito mais que isso!” (E4)

4.2.3.3. Comportamento do bebé

O comportamento do bebé é outro aspeto presente nos dados das entrevistas. Há bebés que têm dificuldades na pega, outros que não realizam uma sucção correta, cerrando os lábios e provocando a sensação de mordedura, e ainda outros que se cansam demasiado na mama. Outros bebés acabam por rejeitar a mama voluntariamente, talvez por ficarem confusos com a introdução de tetinas.

“Ela não pegava na mama!” (E1)

“Ela também não mamava o suficiente! E tive que tirar leite!” (E2)

“Sim, mordem e puxam!” (E11)

“Porque ela não quis mais mamar...eu tentava dar-lhe mama, mas ela ria-se e punha-se a brincar! Mamava dois minutos e não queria mais...chegou ao ponto de ela dizer...”naa...naaa!”. Foi ela que rejeitou a mama! Não sei se foi...por eu uma semana antes disto acontecer lhe ter começado a dar o biberão...por casa do batizado, estive a treiná-la com o biberão de manhã para ver...porque na igreja não lhe ia dar mama!” (E7)

4.2.3.4. Vantagens do aleitamento materno

As mães reconhecem benefícios nas suas vivências do AM. Reconhecem que sentem satisfação com o contacto entre mãe e filho que a amamentação proporciona. Além disso referem a vantagem do AM não ter custos. O facto de ser indolor ao final de algum tempo também é indicado pelas mães como vantagem. As mães afirmam ainda que o leite materno aumenta a imunidade da criança, constatando que enquanto esta é amamentada não fica doente. A recuperação mais rápida da mãe é deveras apontada como um benefício do AM.

“Sinto-me satisfeita naquele contacto entre mãe-filha!” (E8)

“Não sei o que é gastar 1€ em leite! É bom para nós, não é...irmos ao sítio logo! O elo...estamos ali num momento meu e dela, só! e depois os benefícios...eu

notei que desde que ela deixou a mama as doenças começaram a aparecer! Nada! nada...nada lhe pegava! agora tudo lhe pega!” (E7)

“Agora nem sinto, às vezes tenho que olhar para ver se ela está a mamar. (..) Ao nível de defesas ela só ficou uma vez doente com uma infeção urinária! Eu digo isso a toda a gente...ela nunca me ficou doente...e na sala dela é só gastroenterites, é tudo e mais alguma coisa e a ela tem passado tudo ao lado... Que é mesmo assim! (...) Eu acho essa imunidade dela tem tudo a ver com o fato de beber leite materno!!” (E13)

4.2.4. Fatores influenciadores do aleitamento materno

O AM é um processo complexo condicionado por diversos fatores, sendo alguns descritos pelas mulheres, nomeadamente, a rede familiar, o apoio profissional, as experiências anteriores, a condição materna e as redes sociais, internet e sociedade.

4.2.4.1. Rede de apoio familiar

Na rede familiar são distinguidos como elementos de maior suporte para as mães, as suas próprias mães e os cônjuges/pais do bebé. Embora algumas mulheres considerem também o suporte de outros elementos da família.

4.2.4.1.1. Influência da família

A influência da família no AM é descrita com opiniões ambivalentes, uma vez que algumas mães a consideram positiva e outras pouco favorável. As suas mães são apontadas por algumas mulheres como muito importantes para o processo de AM e é referido ainda que funcionam como exemplo. A madrinha da criança é ainda descrita como um auxiliar do processo de AM, levando a criança ao local de trabalho da mãe para que esta a pudesse amamentar, contribuindo assim para assegurar a manutenção do AM após o regresso à atividade laboral. A convivência e o contacto com crianças na família também é apontado como um fator facilitador para o processo de AM.

“A minha mãe também me deu muitos conselhos...eu também mamei acho que até aos 14 meses (...) depois a madrinha também a levava ao meu local de trabalho para mamar!” (E1)

“Foi a minha mãe que ajudou e foi no hospital também!” (E11)

“Porque é assim...eu também como estive sempre de volta de crianças, tive sobrinhas! E sempre estávamos mais preparadas para isso, mas se na família não tivéssemos crianças, aí se calhar era mais difícil!” (E2)

“Eu acho que o apoio da família é mais importante!” (E10)

Algumas mães referem ainda que a família apresenta opiniões distintas que acabam por baralhar um pouco, e além disso não são muito favoráveis para a continuação do AM. Existindo um relato de falta de apoio por parte da família.

“Porque a família tem muitas opiniões diferentes de uns para os outros!” (E3)

“Porque de resto a família é... “estás a dar mama a mais!”, “e ela está com o vício da mama!” A mãe e a sogra pensam que isto é tudo à moda antiga ainda e acabamos por ter que tapar um bocadinho os ouvidos!” (E7)

“Não, não houve muito apoio por parte da minha família!” (E13)

4.2.4.1.2. Envolvimento do pai do bebé

As mães citam o envolvimento do pai do bebé (seu cônjuge) no processo de AM, havendo um testemunho de que o marido leva o bebé ao local de trabalho da mãe para mamar, o que representa um aspeto facilitador da manutenção da amamentação. O suporte emocional fornecido pela figura masculina é descrito como muito importante para a mulher.

Por outro lado, houve uma mãe que dada a atividade laboral do seu marido referiu que este está completamente ausente, não contando com a sua presença para a apoiar no processo de AM.

“Tinha o pai que a ia levar para mamar ao meu trabalho!” (E1)

“Neste momento só tenho o meu marido...deu-me imenso apoio!” (E8)

“Foi o marido que disse...se conseguisse, conseguia...senão conseguisse, não me ia massacrar!” (E7)

“Eu tenho um marido marítimo e praticamente estive sozinha...como estou agora na gravidez e como estou com ela e com a irmã!” (E9)

4.2.4.2. Apoio profissional

Relativamente ao apoio profissional são referidos em todas as entrevistas os profissionais de enfermagem como agentes de suporte no processo de AM.

“Acho que os enfermeiros são importantes para o apoio na amamentação, porque até presenciei no hospital, não desta vez, mas da outra, situações de mães que não queriam amamentar, e se não fossem os enfermeiros não amamentavam mesmo...de todo!” (E6)

“Neste caso da minha segunda, as enfermeiras foram impecáveis...não tenho nenhuma razão de queixa delas...impecável!” (E2)

“Acho sem dúvida que os enfermeiros foram mais importantes (...) Quando foi precisa a ajuda tive-a prontamente!” (E4)

4.2.4.2.1. Durante a gravidez

Relativamente ao apoio profissional prestado durante a gravidez foram distinguidos nas entrevistas dois momentos da intervenção dos profissionais nas entrevistas, nomeadamente as APP e as CVG.

As APP não foram frequentadas por todas as mães, pois algumas não consideraram ser necessário o fazerem dada a experiência que já tinham com outros

filhos, outras não assistiram devido à falta de tempo. Relativamente às que frequentaram estas aulas, as opiniões são positivas no geral, sendo evidente nos relatos a importância destas aulas para o sucesso do AM, pois proporcionam a aprendizagem de aspetos acerca do AM (como por exemplo, o uso de materiais para prevenir os problemas mamários) que depois são essenciais para que o processo decorra sem incidentes. Há mesmo um relato de uma mãe que considera que teve sucesso na amamentação devido ao que aprendeu neste âmbito nas APP.

“Eu nunca tive aulas de preparação para o parto! (...) não acho necessárias as aulas de preparação para o parto...eu pessoalmente tenho essa noção, porque parece que nós depois já sabemos distinguir os choros e tudo...e eles próprios já choram de maneira diferente.” (E2)

“E recebi apoio aqui também da enfermeira da preparação para o parto numa fase inicial...porque eu...fiz muito poucas aulas de preparação para o parto por estar com gravidez de risco...e em casa...fui às primeiras...e depois achei que por causa do cansaço e outros fatores... não reunia condições...e, portanto, fui só às primeiras aulas... mas havia um incentivo à amamentação!” (E4)

“Também fiz aquelas aulas de preparação para o parto... pronto! Aprende-se muita coisa sobre a amamentação...o uso das conchas que eu acho que é muito importante...que só mesmo na altura nós vemos que é mesmo necessário!” (E1)

“Recebi apoio para ter sucesso na amamentação, talvez nas aulas com a enfermeira da preparação para o parto!” (E5)

No que diz respeito às CVG, a maioria das mães foi seguida nos CSP's e refere a importância da atuação do EF que desempenhou um papel de acompanhamento e educação, dando conselhos acerca da amamentação, transmitindo informação acerca desta temática oralmente e fornecendo suporte em papel.

“Mesmo aqui a enfermeira de família sempre me deu conselhos! Nas primeiras consultas, foi-me falado da amamentação!” (E1)

“A enfermeira de família também me foi falando da amamentação durante a gravidez! Levava uns panfletos!” (E5)

“Recebi informação relativamente à amamentação durante as consultas de gravidez(...)Sim, para incentivar...davam uns panfletos” (E13)

Devido a questões relacionadas com patologias duas das mães foram seguidas no hospital e referem que o suporte prestado relativamente ao AM incidia mais sobre o fornecimento e a visualização de informação escrita e não existia educação e incentivo direto por parte dos enfermeiros.

“Fui seguida no hospital...via os quadros com as notícias e informações!” (E4)

“As minhas consultas eram basicamente todas em Aveiro por causa dos diabetes gestacionais. E basicamente tive mais consultas lá do que aqui. E pouco falavam na amamentação! Davam os panfletos, mas não era a mesma coisa do que estar a falar diretamente com a pessoa.” (E3)

4.2.4.2.2. Parto e pós-parto imediato

Quanto ao apoio profissional prestado no momento do parto e pós-parto, foram novamente destacados os enfermeiros como os profissionais mais presentes e que forneceram maior suporte para o AM, realizando um acompanhamento da mulher de modo a auxiliar na técnica da amamentação para sua otimização. Há relatos que descrevem que os médicos também estavam presentes, contudo eram os enfermeiros que realizavam o acompanhamento e suporte na amamentação.

“Cerca do 2º dia de vida...ela não pegava na mama...esteve umas horas sem pegar e foi uma enfermeira que foi lá e deu aquele jeito e a fez voltar a pegar e pronto...a partir daí foi sempre! (...) Em relação às enfermeiras não tenho nada a dizer...acho que foi muito bem atendida! eram todas muito simpáticas, muito preocupadas! (E1)

“Na maternidade ajudaram-me...explicaram-me como se colocava ao peito!” (E2)

“Foram impecáveis...eu sempre gostei muito do serviço de obstetrícia (...) As pediatras era o básico...” (E5)

“O serviço de obstetrícia, onde nasceram os meus dois filhos, no hospital de Aveiro, para mim é extraordinário! Para mim foram sempre excelentes! E podem dizer que os Doutores são muito simpáticos, mas quem lá está para nós são os enfermeiros!” (E6)

4.2.4.2.3. Pós-parto

O apoio profissional prestado no pós-parto foi evidenciado nos relatos das mães tendo sido identificados três momentos das intervenções dos profissionais: as CVSI, a VD e a consulta telefónica. Neste âmbito foi distinguida a intervenção do EF.

“Eu acho que a enfermeira de família foi a única pessoa...para ajudar, para apoiar, para dar conselhos!” (E10)

As mães referem a preocupação da EF durante as CVSI, demonstrando a importância da sua atuação no acompanhamento do AM através da monitorização de parâmetros como o peso do RN e a avaliação da sua eliminação, entre outros aspetos relacionados com uma amamentação adequada. Deste modo as mães revelam uma relação de confiança e parceria com o EF e manifestam maior tranquilidade pelo esclarecimento de dúvidas que é proporcionado e pelo suporte fornecido.

“Esses pequenos conselhos de saber quando está a mamar e se está a ser bem alimentado... pelas vezes que faz cocó, pelas vezes que faz xixi...se aumenta de peso é porque as coisas estão a correr bem...coisas que nós nem pensamos! Esses pequenos conselhos!” (E1)

“Acho que foi mais a preocupação, o cuidado! Ela sempre preocupada, “ó mãe olhe que a menina só engordou 200 grs”, por exemplo,” tem que ter mais cuidado!” ...” olhe que ela já engordou mais” ...ela é sempre assim!” (E10)

“Porque ela ganha pouco peso! Não sei! Mas a enfermeira de família incentivou-me sempre também! Incentivou-me a amamentar e tirava-me as dúvidas todas! Foi todos os dias...todas as semanas vinha aqui, pesava...dava mais vezes mama...esperava pela introdução das sopas que era só aos 6 meses e pensava

assim... não ela vai ter que ganhar...só que isso vai um bocadinho pela mãe também...se a mãe puser na cabeça que quer dar de mamar! Ela não tem muito peso! Não! Mas já é dela!” (E13)

Quanto à VD à puérpera e RN no pós-parto, os relatos de todas as mães às quais foi efetuada revelam ter sido uma mais-valia a sua realização. Esta visita possibilitou a prestação de cuidados à mulher no seu domicílio, dada a proximidade do parto e a sua condição debilitante (muitas vezes originada por um parto distócico), o que facilitou o seu processo de recuperação pós-parto e proporcionou uma maior comodidade para a mulher, RN e família. As mães demonstram ainda que esta visita possibilitou o conhecimento mais real das suas condições habitacionais e uma maior proximidade com a família. A técnica da amamentação, e toda a dinâmica inerente entre mãe-filho é possível ser observada em contexto real através da VD.

“A visitação domiciliária também foi impecável! Na altura do "A" também não tinha...E acho que é uma mais-valia!” (E5)

“Eu acho importante para o enfermeiro estar mais próximo do agregado familiar, porque aquilo que nós transmitimos ou trazemos para aqui pode ser muito diferente daquilo que temos em casa. E eles conseguem chegar lá e perceber as condições em que se vive, a forma como se vive, enfim (..)E isso ajuda, ajuda até a perceber até atitudes que a gente tenha no centro de saúde. Para mim foi muito bom, porque estava frio, eu tinha feito uma cesariana! Ela fez-me o penso em casa e foi tudo muito bom! pronto!” (E6)

“Sim, foi importante para a amamentação! Sim, a enfermeira viu-a a mamar e estava tudo direitinho!” (E13)

A consulta telefónica também foi um meio utilizado por duas mães para auxílio ao AM, recebendo apoio por esta via por parte do EF.

“Liguei por exemplo para o centro de saúde e a enfermeira elucidou-me sempre de situações que eu necessitasse. Senti-me acompanhada, sim!” (E9)

“Nunca tive necessidade, mas pelo telefone tirei muitas dúvidas!” (E13)

Foi ainda identificado nas narrativas de uma das mães o apoio da conselheira de amamentação que se revelou fulcral para ela, dado na maternidade esta não ter tido suporte ao nível do AM por ter estado internada numa altura de greve. A conselheira da amamentação foi identificada como sendo a EESMO.

“Recebi um grande apoio da enfermeira especialista de saúde materna que é conselheira da amamentação aqui do centro de saúde e dá a preparação para o parto e a recuperação pós-parto! Foi uma grande ajuda, porque no início eu saí do hospital, apanhei greve no parto...pronto! Foi muito mau...eu tive um ou outro conselho! Então vim à enfermeira que era a conselheira da amamentação...quando já estava numa de desistir...o pai já queria comprar leite de lata para ela e a ela foi impecável! (...) A enfermeira conselheira da amamentação foi o que me valeu!” (E13)

4.2.4.3. Experiências anteriores

A existência de experiências anteriores é manifestada como um fator protetor e facilitador na experiência atual de AM. Embora seja evidente também que cada experiência é diferente da outra, assim como as crianças têm comportamentos distintos, o que faz com que embora a multiparidade proporcione uma bagagem de conhecimentos no que respeita o AM, é preciso que ocorra por parte da mãe uma adaptação a cada situação, dadas as especificidades inerentes.

“No segundo filho, as coisas são um bocadinho mais naturais, no sentido em que...já sabes...já passaste por isso, portanto fazes a mesma coisa!” (E6)

“Talvez já o facto de aprender com os outros...e já saber o que poderia fazer e o que não poderia!” (E3)

“A nível da amamentação de cada filho é diferente, pronto! Nós temos que criar uma relação com a criança e a criança para connosco...A minha mais velha tinha dificuldade na sucção, esta por exemplo já não teve...depois acho que não deve haver um tempo estipulado, ou um período estipulado para dar o leite ao bebé! É conforme a necessidade! Mesmo estando a dormir dá para perceber nos lábios

se estão secos, se estão desidratados...foi uma das coisas que eu fiz com ela!”
(E9)

4.2.4.4. Condição materna

A condição materna surge como um fator influenciador do AM, na medida em que duas das mães ficaram novamente grávidas e dada essa circunstância deixaram de amamentar. Outra situação específica que surgiu neste contexto, foi o facto de uma das mães ter patologia psiquiátrica, sendo que a medicação que necessitava para controlar a sua doença não era compatível com o AM, o que a impediu de prolongar esse processo.

“Se não estivesse grávida continuava a amamentar, sim!” (E9)

“Deixei de dar mama ao um ano porque estava grávida!” (E11)

“Eu sou doente bipolar e não podia deixar de tomar...mais tempo sem a medicação, poderia cair numa depressão profunda...mais do que tive ligeiro no pós-parto...ou entrar em euforia extrema e elas então sentiriam muito!” (E4)

4.2.4.5. Redes sociais, internet e sociedade

No que diz respeito às redes sociais, nas narrativas consideraram-se os amigos, sendo que as mães que os identificaram como influentes no seu processo de AM, têm uma opinião globalmente positiva, exceto um relato no qual existe uma amiga que sendo profissional de saúde, e portanto, inerentemente devendo ter conhecimento acerca das recomendações mundiais de AM, acabou por suspender a amamentação e transmitiu esta sua posição e ideia à amiga que realizou os seu próprios juízos e decidiu manter o AM. A experiência de amigos com filhos é considerada um apoio para as mães que independentemente da posição adotada pelos mesmos, abraçam apenas o que há de positivo naquilo que transpõe para a sua experiência.

“Tenho uma amiga minha, que é ligada à medicina, que é médica e ela própria acha que devia parar a amamentação! Ela já parou aos 8 meses porque achou

que já não devia amamentar! (Risos) Mas pronto, são ideias e cada um tem a sua! (...) Amigos, sim! Amigos que já tinham filhos...Tinha uma amiga minha que tinha sido mãe há 3 meses e tirou-me dúvidas...ela não conseguiu amamentar, mas dava-me as dicas todas...tanto que me deu uma bomba da medela para eu tirar leite...para me ajudar...quando houve o ingurgitamento da mama ela é que me ensinou como fazia...foi lá a casa! Impecável! Não, a nível de amigos também tive apoio!” (E13)

“Também acabamos por ter uns amigos que a mulher é enfermeira e acabou por nos dizer algumas coisas... Outra colega dele já é mãe e também nos ajudou!” (E8)

A internet é algo que está acessível na atualidade para todas as pessoas, sendo que nas narrativas identificaram-se grupos de apoio ao AM, nomeadamente numa rede social, sendo que através da mesma é possível partilhar experiências neste âmbito o que é reconhecido pelas mães como algo positivo e benéfico. É descrito também que na internet existem linhas de apoio ao AM com grande acessibilidade e, portanto, de fácil utilização em caso de necessidade. De ressaltar ainda que as mães têm conhecimento que além do contacto telefónico para essas linhas é possível requisitar a ajuda de uma conselheira da amamentação para o domicílio com disponibilidade ilimitada, nomeadamente durante a noite (habitualmente um período mais crítico), uma vez que há poucas opções onde recorrer e é muitas vezes nesta altura que surgem as maiores dificuldades e dúvidas.

“Através de grupos no Facebook da amamentação! Pedi amizade e assim houve troca de impressões de testemunho de mães para mães...e olha a mim disseram-me isto e aquilo...há uma troca de ideias e isso é muito importante!” (E9)

“E há grandes linhas de apoio na internet...Encontra-se de tudo! Pessoas que vão a casa, explicar. porque às vezes muitas dúvidas aparecem não é de dia, é de noite...nós ali estamos mais suscetíveis e vamos recorrer a quem agora!? Não temos! Lá está, então esses apoios, essas linhas de apoio de conselheiras de amamentação...porque se disponibilizam a ir a casa à noite se for preciso...às 8 horas da noite, às 9 horas da noite!” (E13)

Relativamente à influência da sociedade no processo de AM, nas narrativas é evidente que o contributo da mesma é um pouco controverso. Contrariamente às recomendações mundiais emanadas pelas OMS e UNICEF, a ideia de que quando a criança já come alimentos sólidos, fala e caminha não tem necessidade de mamar, está enraizada na sociedade, o que acaba por influenciar, de certo modo, as pessoas nela inseridas. É preciso efetivamente ter bastante motivação e desejo de manter o AM para conseguir avançar com este processo apesar da pressão exercida pelo contexto em que a mulher está inserida. No que diz respeito ao ato de amamentar, este é apontado como algo que não deve ser realizado em público. Mais uma vez, este é um preconceito presente na sociedade que nada contribui para a manutenção do processo de AM, e, consequentemente para o seu sucesso.

A evolução da sociedade, das ideias, dos comportamentos, das atitudes tem vindo a mudar ao longo dos anos e inerentemente o AM também tem sofrido alterações quanto à visão e procedimentos acerca do mesmo. Neste sentido, as pessoas com maior antiguidade têm perspetivas diferentes das atuais no que concerne o AM. Isto transparece nos relatos das mães e pode funcionar como um elemento de confusão para as mesmas, pelas opiniões contraditórias que possa causar.

“Pretendo continuar, mas temos uma sociedade que diz, infelizmente, que com esta idade é uma vergonha amamentar...que já devia parar! Eu acho que ao nível de ideia é mudar uma sociedade, porque infelizmente ainda não é bem visto uma criança com um ano mamar...e uma criança em público mamar não é bem visto...porque acham que uma criança que quase que fala não tem que mamar...Ao nível social não é bem visto, infelizmente...E também às vezes ao nível de facilitismo, porque a criança não dorme, põe um leite de fórmula porque associam à fome e não o é!” (E13)

“As pessoas mais antigas são de uma opinião completamente diferente do que é agora estipulado na amamentação!” (E3)

5. DAS VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO AO CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados, considerando os objetivos do estudo e procurando dar resposta à questão de investigação. Para tal, serão analisados os aspetos mais relevantes evidenciados pelos sujeitos participantes no que diz respeito às suas vivências do processo de AM e efetuada uma confrontação com os resultados dos diferentes estudos.

O Projeto materno

O sucesso do AM depende em grande parte do desejo da mãe amamentar o seu filho mais do que de qualquer outro fator. Este desejo faz parte do projeto materno e é acompanhado da motivação para o aleitamento. Neste estudo a motivação das mães transparece no seu discurso e constitui um fator determinante para a decisão, estabelecimento e manutenção do AM, sendo que estas se manifestam persistentes, tomam decisões e realizam ações conducentes ao sucesso do AM, o que está de acordo com os estudos de Boas (2013), Ferreira et al. (2012), Galvão (2006) e Stockdale et al. (2013). Neste estudo é ainda evidente que o projeto materno é influenciado não só pela motivação, mas também pela idealização do processo, ou seja, pelas expectativas das mães relativamente ao que gostariam que consistissem as suas experiências em AM tal como enunciam Levy & Bértolo (2012), dadas as suas características específicas e singulares.

A Perspetiva do aleitamento materno

As perspetivas das mães quanto ao processo de AM embora influenciadas pelas especificidades de cada uma, apontam para aspetos comuns que dizem respeito à importância e receios relativamente ao AM. Todas as mulheres revelam uma consciencialização acerca da importância do leite materno, tendo presente que este é o melhor alimento para o seu filho, o que também é mencionado por Castro et al. (2015) e Levy & Bértolo (2012). Relativamente à importância do AM, as mulheres incidem sobre as vantagens do mesmo, referindo o facto de fortalecer a imunidade da criança, de proporcionar um vínculo entre mãe e filho, de ser um alimento fácil de adquirir oferecendo comodidade às mães e de contribuir para a recuperação da mãe,

corroborando o que é apresentado nos trabalhos de Barge & Carvalho (2011), Fialho et al. (2014), Levy & Bértolo (2012) e Prado et al. (2016) e UNICEF (n.d).

Contudo, mesmo havendo esta consciencialização por parte das mães acerca da importância do AM, verifica-se neste estudo que a mulher é influenciada pela insegurança inerente à própria maternidade, principalmente em casos de primiparidade, que a leva a questionar-se acerca da sua capacidade e resistência para alimentar o seu filho, o que é congruente com o estudo de Oliveira et al. (2017). Esta preocupação de não ter leite suficiente ou de não aguentar a exigência deste processo, assim como o cansaço inerente, são encarados no estudo como receios, sendo que alguns destes vão de encontro ao que as mulheres consideram como limitações do processo de AM. O receio que coincide com o que é referenciado como limitação prende-se com o facto da maioria das mulheres considerar que o AM origina bastante cansaço. Outra limitação apontada está relacionada com uma vida social menos ativa que uma mãe que amamenta pode estar sujeita, dada a dependência que o processo acarreta, o que é concordante com o estudo de Henriques & Martins (2011).

A Perspetiva do sucesso de AM

Neste estudo observa-se que o conceito de sucesso do AM para as mães, na generalidade, é congruente com o que é definido na literatura por Levy & Bértolo (2012) e Galvão (2006), pois apontam a duração do processo, o crescimento e desenvolvimento do bebé e uma amamentação bem estabelecida com uma boa relação mãe-filho como significado do sucesso. Há, contudo, uma mãe que refere que o simples facto de ter conseguido amamentar é para si sucesso, o que é compatível com o que Levy & Bértolo (2012) referem, pois consideram que é preciso contemplar o projeto materno e neste caso, esta mãe tinha como expectativa amamentar, e portanto, o facto de ter conseguido é para ela um sucesso, independentemente da duração do processo, dando relevância aqui ao estabelecimento de uma interação adequada entre mãe e filho.

Aleitamento materno enquanto processo pessoal

... as Dificuldades no AM

O processo de AM pela complexidade inerente abarca inúmeras dificuldades para as mulheres que o vivenciam e cabalmente para toda a família. Neste estudo as dificuldades referenciadas estão relacionadas com o regresso ao trabalho, problemas mamários e a dúvida de hipogalactia.

Embora o regresso ao trabalho condicione a duração do AM, a maioria das mães entrevistadas, apesar das dificuldades inerentes, manteve-se a amamentar não tendo sido este o fator que despoletou o desmame, o que está de acordo com o estudo de T. Silva (2013). Há, contudo, um relato que evidencia que o regresso à atividade laboral desencadeou o desmame o que corrobora as perspetivas de Alves (2014), Dias et al. (2013) e Oliveira et al. (2017).

Os problemas mamários, nomeadamente ingurgitamento mamário e mamilos gretados e fissurados, são apontados pelas mães como uma dificuldade importante e difícil de contornar, em consequência da falta de informação e conhecimento acerca de AM o que é congruente com os estudos de Dias et al. (2013), Fialho et al. (2014), Filho et al. (2011), Galvão (2006), Levy & Bértolo (2012), Moimaz et al. (2013) e Monteschio et al. (2015).

A dúvida de hipogalactia foi outro dado que surgiu como dificuldade no processo de AM apresentado nas entrevistas. As mulheres relacionam o choro da criança com a baixa produção de leite e, consequentemente, a não saciedade da fome da criança, o que nem sempre pode ser verdadeiro, e que leva à tentativa de desmame, sendo congruente com o que é apresentado nos estudos de Dias et al. (2013), Monteschio et al. (2015), Romão et al. (2017) e T. Silva (2013). Embora as mães pareçam estar bem informadas acerca do AM, surgem no estudo relatos sugestivos das crenças de leite materno fraco ou insuficiente, levando à introdução de tetinas e suplementação, o que está de acordo com o descrito nos estudos de Gusman (2005), Polido et al. (2011), Prado et al. (2016) e Vaucher & Durman (2005). Contudo, por vezes o regresso ao trabalho, leva a que as mamadas sejam menos frequentes e caso a mulher não estimule a mama através do esvaziamento mecânico, pode efetivamente ocorrer o decréscimo da sua produção, existindo casos em que as mulheres entrevistadas referiram esta situação, podendo-se considerar que a hipogalactia realmente acontece o que é defendido por Alves (2014).

... a Duração do AM

Na duração do AM, importa distinguir duas situações, nomeadamente, a duração do AM exclusivo e a duração do AM em complementaridade com a alimentação. Neste estudo devido à condição materna relacionado com a presença de patologia psiquiátrica uma das mães amamentou apenas até ao fim do 1º mês de vida, tendo sido esta a que menos tempo amamentou. A duração do AM nas restantes mães variou entre os 6 e os 18 meses, sendo que estes bebés com 18 meses ainda mamavam na data da entrevista. De salientar, que duas mães deixaram de amamentar, porque estavam grávidas. No que diz respeito à duração do AM exclusivo, tal como foi referido anteriormente apenas se registaram três situações em que o AM não foi exclusivo até aos 6 meses. Relativamente à amamentação na 1ª hora de vida também ocorreram três situações em que isso não se verificou, constituindo casos em que o tipo de parto foi distócico o que corrobora os estudos de Dias et al. (2013), Galvão (2006), Henriques & Martins (2011), Rebimbas et al. (2010) e T. Silva (2013). Com estes dados, verifica-se que embora a maioria das mães tenha intenção de amamentar o seu filho e conheça a importância do leite materno, a duração do AM não está de acordo com o que é preconizado pela OMS & UNICEF.

... o Comportamento do bebé

O comportamento do bebé é outro dado existente neste estudo como influenciador do sucesso do AM, existindo relatos de mães que referem dificuldades na pega e sucção por parte do bebé e falta de interesse na mama, tal como é mencionado nos estudos de Henriques & Martins (2011), Moimaz et al. (2013) e Oliveira et al. (2017).

Fatores influenciadores do AM

Neste estudo foram identificados diversos fatores influenciadores do AM, congruentes com os presentes na revisão da literatura, sendo que alguns que constam desta primeira parte não foram demonstrados diretamente.

...a Rede de Apoio familiar

Um dos fatores demonstrados como influenciadores do AM foi a família, constituindo um fator que ficou inundado de opiniões controversas o que corrobora o estudo de Girish et al. (2013) e M. Silva et al (2014). Neste estudo verifica-se que esta influência familiar embora condicione, não é determinante para o processo de AM, o que contraria as conclusões de Monteschio et al. (2015) que referem uma grande influência da família na manutenção do AM exclusivo. Foi ainda referido pelas mães que o apoio da sua mãe ou de outro elemento da família, sendo este apoio representado mais por parte da figura da mulher (mãe, sogra, madrinha, tia, cunhada) até pode ser associado neste estudo às mulheres de etnias particulares e às que tinham os seus cônjuges mais ausentes. O envolvimento do pai é manifestado pela maioria das mães como um contributo de relevância, sendo este tipo de apoio determinante para o sucesso do AM, transmitindo suporte neste processo, o que é congruente com os estudos de Amador (2015), Barros et al. (2009), Bullon et al. (2009), Franco & Gonçalves (2014), Paula et al. (2010), T. B. Silva et al. (2012) e Sousa et al. (2013).

... o Apoio profissional

O apoio profissional foi outro dos fatores identificados como influenciadores do AM, tendo sido um fator determinante positivamente para a decisão, para o estabelecimento e manutenção deste processo, o que corrobora os estudos de Castro et al. (2015), Galvão (2006) e Moimaz et al. (2013). Este apoio profissional é representado no estudo pelos enfermeiros, sendo evidente nas narrativas o acompanhamento da mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, o que está de acordo com o preconizado por Levy & Bértolo (2012), M. Almeida et al. (2004), Marinho et al. (2015) e DGS (2015). Foi evidenciado pelas mães o apoio dos enfermeiros durante o internamento no pós-parto, na maternidade, mas também ao nível dos CSP, nomeadamente nas CVG, pós-parto e CVSI, VD, consulta telefónica, APP e recuperação pós-parto. É claro que o EF dá apoio durante as diferentes fases do processo de AM, sendo considerado pelas mulheres como um profissional de relevância, o que é congruente com o que refere Leal (2017).

Relativamente ao suporte prestado durante a gravidez as mães revelam o apoio do EF durante as consultas de vigilância como consistente, enquanto aquelas que foram seguidas nesta consulta no âmbito dos cuidados diferenciados manifestam sentir-se

menos apoiadas. Este facto parece estar relacionado com a confiança e a relação de empatia que o EF é capaz de estabelecer, uma vez que conhece bem a mulher, a sua família e o seu contexto dada a sua proximidade com a mesma, o que é igualmente defendido no estudo de Prates et al. (2014). Neste âmbito podem distinguir-se no estudo como intervenções de enfermagem promotoras do sucesso do AM, o incentivo emocional e a educação acerca desta temática com transmissão de informação oral e suporte em papel (panfletos, como é descrito) para que mais tarde as mulheres possam ler, lembrar e sedimentar. É evidente nas narrativas que o apoio prestado no período pré-natal contribui para um processo de AM mais sedimentado e consistente, o que está de acordo com os estudos de Lima (2010), Moimaz et al. (2013), Oliveira et al. (2017), S. Almeida et al. (2010) e Wilhelm et al. (2015).

Nos dados das entrevistas existem também testemunhos acerca da natureza do apoio prestado pelos EESMO que lecionam as APP, sendo que este tipo de suporte é descrito como bastante importante para a maioria das mães. O suporte emocional e o sentimento de satisfação manifestado aquando do apoio ao AM pelas parteiras é evidente nas falas o que corrobora o estudo de Miranda et al. (2017) e contraria Barge & Carvalho (2011).

No que concerne o apoio recebido pelos profissionais de saúde durante o parto e pós-parto imediato, é novamente dado ênfase à figura do enfermeiro que interveio ao nível da técnica da amamentação propriamente dita, realizando uma vigilância da mulher durante este processo, esclarecendo dúvidas e corrigindo possíveis falhas, contribuindo assim para o estabelecimento do AM o que corrobora o que é apresentado nos estudos de Dias et al. (2013), Galvão (2006) e Henriques & Martins (2011).

No que diz respeito ao acompanhamento após a alta hospitalar neste estudo emergem: as CVSI, a VD, a consulta telefónica e a conselheira da amamentação.

Nas CVSI verifica-se que os enfermeiros desenvolvem áreas autónomas de atuação tal como é preconizado nos programas da DGS (2013), sendo que estas constituem um instrumento apontado neste estudo como relevante para o sucesso do AM. Nas mesmas é descrito que ocorre uma monitorização da evolução estado-ponderal do bebé e as mães são ensinadas a vigiar sinais para verificarem se o seu filho está a ser bem alimentado assim como a avaliar o seu crescimento e desenvolvimento, o que é sustentado na literatura por Levy & Bértolo (2012) e Dias et al. (2013) como uma garantia do sucesso do AM.

A VD à puérpera e RN surge também neste estudo como uma intervenção importante no pós-parto para o sucesso do AM, no sentido de promover a continuidade de cuidados, sendo que é referenciado que é possível a técnica da amamentação ser

visualizada pelo profissional, bem como a qualidade da interação entre mãe-filho no seu contexto real, detetando falhas, além disso a mulher encontra-se num período mais debilitante dada a proximidade do parto, funcionando ainda como um auxílio para que esta não tenha que se deslocar à USF. Isto corrobora os estudos de Amaral (2011), Dias et al. (2013), Miranda et al. (2017) e Prigol & Baruffi (2017). Contudo, ao contrário do que é preconizado atualmente pela DGS (2013) e OE (2013) esta visita não foi efetuada a todas as puérperas.

A consulta telefónica é um meio de fácil acessibilidade de esclarecimento de dúvidas relativamente ao AM que é referenciado no estudo, fazendo transparecer que as mães foram informadas acerca deste tipo de apoio, nomeadamente no pós-parto, tal como é sustentado por Galvão & Cardoso (2017) e Levy & Bértolo (2012) e constitui uma das estratégias para manutenção da amamentação, nomeadamente após o regresso ao trabalho.

... as Experiências anteriores

Relativamente às experiências anteriores em amamentação o facto da mulher ter amamentado anteriormente um filho é um fator que facilita a experiência atual, contribuindo positivamente para o processo de AM, pois além do conhecimento inerente aumenta a segurança e diminui a ansiedade, o que é congruente com os estudos de Dias et al. (2013), A. Marques et al. (2010) e T. Silva (2013). Observa-se, no entanto, a consciência, por parte das mães de que apesar da bagagem que detêm, cada experiência é única e acarreta as suas especificidades, existindo apesar do conhecimento anterior uma necessidade de adaptação, o que corrobora a posição de Fialho et al. (2014).

... a Condição materna

A condição materna, nomeadamente a situação de nova gravidez e de patologia psiquiátrica foi um fator que surgiu neste estudo, como influenciador do AM. Duas das mães entrevistadas estavam grávidas e dada esta condição suspenderam o AM, pois consideraram que amamentação e gravidez não eram compatíveis, tendo a perspetiva de que amamentar durante a gravidez pode despoletar um aborto numa gravidez inicial e o parto precoce numa gravidez tardia. Esta ideia está enraizada na população em

geral, sendo que há estudos que fundamentam precisamente o contrário, nomeadamente os de Alababran (2013), Ayrim et al. (2014), Ishii (2009) e Madarshahian & Hassanabadi (2012), alegando não existir riscos significativos da amamentação na gravidez, sendo que os profissionais de saúde não devem aconselhar o desmame precoce nestas situações, mas antes realizar uma vigilância mais apertada destas grávidas para poderem detetar situações de risco precocemente e proceder à devida orientação. Relativamente às patologias maternas foi identificada uma situação de transtorno bipolar, na qual ocorreu um desmame precoce, pois os riscos/benefícios exigiam que a mãe retomassem a medicação, o que está de acordo com o preconizado por Berlin & Van Den Anker (2013), Fortinguerra et al. (2013), Gentile (2007) e Iqbal et al. (2005) e contraria as perspetivas de Chaves et al. (2017), Ferracini et al. (2017) e Lemos (2017).

... as Redes sociais/internet e sociedade

Amamentar é, indubitavelmente, um ato socialmente construído e aprendido. Nas narrativas, das redes sociais nomeadas, destacam-se as que estão presentes na internet que têm influência positiva no processo de AM, fornecendo, segundo as mulheres, apoio informativo e emocional, proporcionando a troca de experiências e a possibilidade de visitas presenciais para que as dificuldades das mães identificar *in loco*, o que está de acordo com o estudo de Sousa et al. (2013).

Em suma, não basta a mulher ter o desejo de amamentar, conhecer as vantagens do AM, a sua importância e a duração recomendada para que a amamentação seja efetivamente estabelecida e mantida. A mulher necessita de apoio profissional e de ser compreendida, tendo em conta a família e a comunidade onde se insere, o que é defendido por Fialho et al. (2014) e Moimaz et al. (2013). O apoio dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros é importante para o sucesso do AM, contribuindo para uma decisão favorável quanto a este processo, assim como para o seu estabelecimento e sua manutenção. Verifica-se, contudo, a presença de determinadas dificuldades, como os problemas mamários e a dúvida de hipogalactia, sobre as quais as mães manifestam alguma falta de informação. Há, portanto, necessidade que as intervenções dos profissionais de saúde sejam melhoradas com o intuito de ensinar, instruir e treinar as mulheres de maneira a que conheçam e

compreendam todas as alterações do seu corpo e consigam ultrapassar com maior facilidade as dificuldades vivenciadas no processo de AM.

6. CONCLUSÃO

Na conclusão do presente estudo importa efetuar uma reflexão sobre o mesmo, surgindo o presente capítulo como forma de apresentar as conclusões que emergiram da sua realização, da análise e discussão dos dados obtidos, bem como as principais limitações do mesmo e implicações para a prática profissional.

Este estudo de natureza qualitativa, permitiu conhecer e compreender a realidade do processo de AM, tendo em conta o contributo dos profissionais de saúde para o seu sucesso, na perspetiva de quem o vivencia, considerando que este é o melhor método para a obtenção de informação tão rica e específica nesse âmbito.

6.1. Conclusões

O AM é considerado importante para a maioria das mães, sendo que todas as mulheres entrevistadas se demonstraram motivadas para amamentar e, apesar das dificuldades e de todas as condicionantes, foram na sua maioria persistentes em manter este processo.

A família e as redes sociais poderão exercer alguma influência na decisão da amamentação e também na sua manutenção, mas o apoio dos profissionais de saúde demonstra-se como um fator mais determinante para o sucesso do AM.

Dos profissionais de saúde apenas os enfermeiros foram identificados como os profissionais que apoiam e dão suporte à mulher durante todo o seu processo de amamentação. Neste âmbito, são distinguidos enfermeiros das diferentes áreas, nomeadamente o EF, o EESMO (do bloco de partos, da preparação para o parto e recuperação pós-parto e conselheiro da amamentação), o enfermeiro do puerpério e o enfermeiro da consulta hospitalar de vigilância da gravidez. Destes enfermeiros é colocado em destaque a intervenção do EF no acompanhamento da mulher durante as CVG e no pós-parto, designadamente na VD e nas CVSI. O EESMO, nomeadamente o profissional que é responsável pelas APP, recuperação pós-parto e que exerce ainda a função de conselheiro da amamentação é também um elemento importante identificado. Estes enfermeiros são aqueles que mais tempo acompanham a mulher e, portanto, melhor a conhecem, sendo talvez por este facto que tenham sido mais significativos para elas.

É possível concluir que tal como é preconizado pela OMS/UNICEF/DGS está a ser desenvolvido um esforço por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, para a promoção do AM e para a sua manutenção, ou seja, para o seu

sucesso, verificando-se que existe um acompanhamento à mulher e sua família durante todo o seu ciclo gravídico-puerperal.

6.2. Limitações do estudo

No que se refere a limitações do estudo, evidencia-se o facto de ter sido aplicado apenas numa USF, o que faz com que as características da população sejam um pouco homogêneas no que diz respeito aos estilos de vida, às crenças e valores e ainda às suas experiências, uma vez que os profissionais de saúde que lhes prestam cuidados também se restringem a pertencer ao mesmos grupos, nomeadamente a EESMO da UCC de Ílhavo, EF da USF Leme e enfermeiros do serviço de obstetrícia do Hospital de Aveiro. Talvez se o estudo fosse aplicado noutras áreas geográficas as vivências e experiências das mulheres no processo de AM fossem acrescidas de outras particularidades, assim como a sua perspetiva do contributo dos profissionais de saúde, inclusivamente do EF.

6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais

Relativamente às implicações do estudo para a prática profissional, este estudo permitiu refletir acerca da importância dos enfermeiros, nomeadamente na área de CSP e nos cuidados diferenciados, no processo de AM. O facto do estudo revelar a importância destes profissionais de saúde no AM, mas concomitante demonstrar que apesar dos bons resultados, neste contexto sociodemográfico, ainda estamos um pouco aquém das recomendações mundiais acerca de AM, no que diz respeito à duração da amamentação exclusiva até aos 6 meses e em complementação da alimentação até aos 2 anos, leva a inferir que embora as nossas práticas de cuidados estejam bem direccionadas ainda há um longo caminho a percorrer para que sejam atingidos melhores resultados e, conseqüentemente ganhos em saúde.

Os enfermeiros, constituindo os profissionais que mais apoiam as mulheres no processo de AM ao longo do seu ciclo gravídico- puerperal, além da sua formação base que os capacita para prestar cuidados neste âmbito, deveriam ter formações específicas e especializadas na área de AM para prestarem cuidados, pois neste estudo uma das enfermeiras que foi mais relatada como determinante na prática de AM foi a EESMO

que dada a sua especialização tem conhecimentos avançados na área da amamentação. Portanto, talvez fosse benéfico que todos os enfermeiros que prestam cuidados neste âmbito possuíssem cursos e fossem atualizando e reciclando a informação.

De salientar ainda que apenas os enfermeiros foram destacados como profissionais relevantes para as práticas de AM, o que conduz à interrogação do porquê que os outros profissionais de saúde não são também determinantes nestas práticas, nomeadamente pediatras e obstetras e outros profissionais que possam intervir no ciclo gravídico-puerperal. Talvez se existisse uma maior articulação entre equipas de saúde e uma maior preocupação e informação acerca do AM, os resultados nas práticas de AM seriam mais congruentes com as recomendações mundiais. É deveras necessário sensibilizar todas as equipas multidisciplinares para a participação e envolvimento no AM de modo a garantir o seu sucesso.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A elaboração deste relatório permitiu-me realizar uma reflexão sobre todo o percurso efetuado ao longo destes semestres do curso de MESF, integrando assim mais aprendizagem e conhecimento, e consequentemente, maior discernimento relativamente às competências gerais e específicas do EF que de outro modo não seria tão claro de sedimentar. Além disso, o estudo empírico que se apresenta neste relatório contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências ao nível da investigação em saúde.

Quanto ao estágio, este constituiu uma experiência de enriquecimento pessoal e profissional que me permitiu: a identificação da complexidade do sistema familiar, com todas as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização; a conceção da família como unidade em transformação sujeita às transições normativas decorrentes dos processos desenvolvimentais inerentes ao seu ciclo vital; o desenvolvimento de cuidados específicos numa parceria colaborativa de modo a capacitar as famílias face às transições; a realização da avaliação familiar nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional; o reconhecimento de eventos de especial complexidade, formulando diagnósticos e implementando intervenções ajustadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar; e por fim, efetuar a avaliação das intervenções implementadas de modo a promover as mudanças para a continuidade do funcionamento da família (ESSUA, 2018/2019; OE, 2018).

Acresce ainda referir que, embora considere ter desenvolvido durante o estágio clínico as competências supracitadas que constituem as competências gerais e específicas do EF, tenho consciência de que muito trabalho ainda haveria a fazer para efetivamente me poder tornar uma EF. Este aspeto pode estar relacionado com o facto da minha experiência profissional se limitar apenas ao âmbito hospitalar. No entanto, o meu interesse pessoal pela área da ESF já desde os tempos académicos do Curso de Licenciatura, desencadeou em mim um sentido de empenho e dedicação, sentindo-me satisfeita com os resultados obtidos neste percurso e julgando ter alcançado em grande medida os objetivos propostos. Para tal, foi fundamental transpor para a prática os conhecimentos científicos e desta forma poder sustentar uma prática baseada na evidência, fazendo assim emergir as competências desenvolvidas no âmbito da ESF.

Este percurso fez-me crescer substancialmente ao nível cognitivo, técnico e relacional. Foi deveras enriquecedor! E importa ainda salientar que foi bastante importante para o desenvolvimento destas competências, o estágio ter tido como supervisora uma enfermeira, Mestre em ESF. Além do conhecimento inerente da prática

em CSP, é notória a visão holística da família e uma prestação de cuidados sistematizada e fundamentada nos saberes da ESF.

Em relação às dificuldades sentidas durante todo este percurso quero salientar que foi complexa a gestão do mesmo, quer ao nível familiar, quer ao nível profissional (aumento da carga horária). Contudo, tive apoio da minha supervisora para gerir o horário conforme fosse mais conveniente para mim.

A falta de tempo é ainda uma realidade, não só minha, mas também dos enfermeiros no seu trabalho com as famílias, nos mais variados contextos de prestação de cuidados e isso foi possível constatar durante o estágio clínico.

No que diz respeito às implicações para a minha prática profissional é de salientar que a realização deste relatório e do estágio inerente, constituiu uma importante oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento ao nível profissional, pois além de ter alargado o meu leque de conhecimentos, tomei maior perceção da relevância da articulação de cuidados que deve ser efetuada entre os CSP e os cuidados diferenciados. Além disto, a área do estudo empírico está relacionada com a minha prática profissional o que me proporcionou uma maior consciencialização e uma maior preocupação e conhecimento da necessidade de intervenção na área do AM.

Em suma, a elaboração deste relatório/realização do estágio constituiu um desafio bastante importante e enriquecedor aos mais diversos níveis, permitindo compreender que o EF é um profissional de saúde de excelência que deve abarcar um leque de conhecimentos muito diversificado, sendo um elemento muito importante na vida dos indivíduos e das famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto e Contexto*. Vol. 14, n.º 3, p. 373-382. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>
- Albadran, M. M. (2013) Effect of breastfeeding during pregnancy on the occurrence of miscarriage and preterm labour. *Iraqi Journal of Medical Sciences*. Retrieved from: <https://www.iasj.net/iasj?func=article&ald=80356>
- Almeida, E. A. G., & Nelas, P. (2011). Visita domiciliária no pós parto. Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.19/1644>
- Almeida, I. S., Ribeiro, Í. B., Rodrigues, B. M. R. D., Costa, C. P. da, Freitas, N. D. S., & Vargas, E. B. (2010). Amamentação Para Mães Primíparas : Perspectivas E Intencionalidades Do Enfermeiro Ao Orientar. *Cogitare Enfermagem*, 15(1), 19–25. Retrieved from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17139/11282>
- Almeida, N. A. M., Fernandes, A. G., & Araújo, C. G. de. (2004). Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 06(03), 358–367. Retrieved from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/835/983>
- Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita Domiciliária no Pós-Parto. *Millenium*, 5. Retrieved from: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium50/16.pdf>
- Alves, C. (2014). Plano de amamentação: da concepção à implementação num grupo de casais primíparas. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Retrieved from: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=29186>
- Amado, J. (2017). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (3ª). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Amaral, N. (2011). Os Enfermeiros e a Visitação Domiciliária ao Recém Nascido. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseAVisitaçãoDomiciliária.aspx>
- Amador, M. S. da C. (2015). Participação do Pai no Processo de Amamentação. Relatório do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16480/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20com%20Relat%C3%B3rio%20de%20Milene%20Amador.pdf>

- Araújo, O. D. de, Cunha, A. L. da, Lustosa, L. R., Nery, I. S., Mendonça, R. de C. M., & Campelo, S. M. de A. (2008). Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce, 61. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/15.pdf>
- Ayrim, A., Gudoz, S., Akcal, B., & Kafali, H. (2014) Breastfeeding throughout pregnancy in Turkish women. *Breastfeeding Medicine* 2014; 9(3): 157–160. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24160359>
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. (Edições 70, Ed.). Lisboa.
- Barge, S., & Carvalho, M. (2011). Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. *Rev Port Clin Geral* 2011;27:518-25. Retrieved from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08707103201100060006
- Barros, V. O., Cardoso, M. A. A., Carvalho, D. F., Gomes, M. M. R., Ferraz, N. V. A., & Medeiros, C. C. M. (2009). Maternal breastfeeding and factors associated to early weaning in infants assisted by the family health program. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. São Paulo* 34 (2): 101-14. Retrieved from: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20093296097>
- Berlin, J. C. M., & Van Den Anker, J. N. (2013) Safety during breastfeeding: drugs, foods environmental chemicals and maternal infections. *Semin Fetal Neonatal Med.* 18(1):13-8. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23131768>
- Bernardi, M. C., Carraro, T. E., & Sebold, L. F. (2011). Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Rev. RENE*, 12(n.esp), 1074–1080. Retrieved from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a25v12esp_n4.pdf
- Boas, J. O. V. (2013). Educar para Cuidar: O papel do enfermeiro de família na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Universidade do Minho. Retrieved from: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/29228>
- Bullon, R. B., Cardoso, F. A., Peixoto, H. M., & Miranda, L. F. de (2009). A influência da família e o papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v7i2.990>
- Carrascoza, K., Costa, J. A., & Moraes, A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. (2005). *Estudos de Psicologia*, 22(4):433-40. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2005000400011&script=sci_abstract&tlng=pt
- Carvalho, M. R. de, & Tavares, L. A. M. (2010). *Amamentação: bases científicas*. G. Koogan, Ed. 3ª Edição. Rio de Janeiro

- Castro, R., J., S., Silva, E., M., B., & Silva, D. M. (2015). Percepção das mães sobre as práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV*. ISSN: 2182.2883; ISSNp: 0874.0283 Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14077>
- Chaves, A. F. L., Dias, A. H. M., Dias, I. K. A., Martins, J. K. S., Rocha, R. S., & Oriá, M. O. B. (2017). Consumo de medicamentos durante a amamentação e avaliação do risco ao lactente. Retrieved from: www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/20069/30719
- Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.) *Nursing research methodology*, (pp. 237-257). Boulder, CO: AspenPublication. Retrieved from: <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. (2016). Entidades Amigas dos Bebés. Retrieved from: http://www.unicef.pt/lista_entidades_amigas_dos_bebes.pdf
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. (1975) (Vol. 35). Retrieved from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Dias, A., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C., & Alexandrino, A. M. (2013). Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. *Acta Pediátrica Portuguesa* 44(6):313-8, Sociedade Portuguesa de Pediatria. Retrieved from: repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17639/1/aleitamento_materno.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção- Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional para Vigilância de Gravidez de Baixo Risco. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA). *Guia orientador do Estágio 2018/2019*
- Faleiros, F., Trezza, E., & Carandina, L. (2006). Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 19(5), 623-30. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732006000500010
- Ferracini, A. C. F., Rodrigues, A. T., Visacri, M. B., Stahlschmidt, R., Silva, N. M. O. da, Surita, F. G. & Mazzola, P. G. (2017). Potential Drug Interactions and Drug Risk during Pregnancy and Breastfeeding: An Observational Study in a Women's Health

- Intensive Care Unit. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.39 no.6 Rio de Janeiro June 2017. ISSN 1806-9339 Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032017000600258
- Ferreira, M. C., Nelas, P., & Duarte, J. (2012). Motivação para a Amamentação, Recursos Familiares e Satisfação com o Suporte Social. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from: ipv.pt/handle/10400.19/1736:
- Fialho, F. A., Lopes, A. M., Dias, I. M. A., & Salvador, M. (2014). Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. Revista Cuidarte, 5(1): 670-8 . Retrieved from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v5n1/v5n1a11.pdf>
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. F. P. da S. (2009). Dos contextos da prática à(co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. Rev Esc Enferm USP, 43(3), 615–621. Retrieved from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40400/43367>
- Figueiredo, M. H. (2009). Enfermagem de família : um contexto do cuidar. Universidade do Porto. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem de Famlia Um Contexto do CuidarMaria Henriqueta Figueiredo.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf)
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7.
- Filho, M. D. de S., Neto, P. N. T. G., & Martins, M. do C. de C.(2011). Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. Revista Cogitare Enfermagem. v.16, n. 1, p. 70-75. Retrieved from:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/21114/13940>
- Fonseca-Machado, M., Parreira, B., Monteiro, J., & Gomes-Sponholz, F. (2015). Socio-demographic profile and breastfeeding promotion of nursing professionals of the Family Health Strategy. Revista de Enfermagem Referência, N°5(IV Série), 85–92. Retrieved from: <https://doi.org/10.12707/RIII1378>
- Fortinguerra, F., Clavenna, A., & Bonati, M. (2013). Psychotropic Drug Use During Breastfeeding: A Review of the Evidence. Retrieved from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/124/4/e547>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Franco, J., & Gonçalves, V. (2014). Construção das escalas de conhecimentos e da necessidade de conhecimentos do pai sobre a amamentação. Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras, 14,37-41. Retrieved from:

- <http://www.apeobstetras.com/docs/revista.pdf>
- Galvão, D.M.P. (2006). *Amamentação bem sucedida: Alguns fatores determinantes*. (Lusociência, Ed.). Loures: Lusociência.
- Galvão, D.M.P. & Cardoso, C.M. (2017). Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e Promoção da Amamentação após o regresso ao trabalho INFAD Revista de Psicologia, Nº1 - Monográfico 2. ISSN: 0214-9877. pp:497-506 Retrieved from: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.1020>
- Gentile, S. (2007). Atypical Antipsychotics for the Treatment of Bipolar Disorder. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200721050-00002>
- Girish, M., Mujawar, N., Dandge, V., Pazare, P., & Gaikwad, K. (2013). Exclusive Breastfeeding: Is Motivation the Only Issue? Indian Journal of Clinical Practice, 24(3),271- 275. Retrieved from: <http://medind.nic.in/iaa/t13/i8/iaat13i8p271.pdf>.
- Gusman, C. R. (2005). Os significados da amamentação na perspectiva das mães. Dissertação. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000196&pid=S0034-7167200900040001200007&lng=en
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família : Teoria, Prática e Investigação*. Lusociência.
- Henriques, S. N. & Martins, R. M. L. (2011). Aleitamento materno: o porquê do abandono. Millenium, 40: 39-51. Retrieved from: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8218>
- IBFAN. (2015). Relatório de Portugal da Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno (WBTi) Situação da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Criança. Retrieved from: <http://www.worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/report/WBTi-Portugal-2015.pdf>
- INE. (2012). Censos - Resultados definitivos. Região Centro - 2011. Lisboa. Retrieved from: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156644135&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- INE.(2018). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho (Anos) por Local de residência (NUTS - 2013) Período de referência dos dados:2017. Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008219&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt

- Iqbal, M. M., Aneja, A., Rahman, A., Megna, J., Freemont, W., Shiplo, M., Nihilani, N. & Lee, K. (2005). The Potential Risks of Commonly Prescribed Antipsychotics. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000213/>
- Ishii, H. (2009). Does breastfeeding induce spontaneous abortion? *J Obstet Gynaecol Res*; 35(5): 864–868. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20149033>
- Köning, A. B., Fonseca, A. D. da, & Gomes, V. L. de O. (2008). Representações sociais de adolescentes primíparas sobre “ser mãe.” *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 405–413. Retrieved from <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8042/5819>
- Leal, R. M. F. (2017). Fatores que Influenciam a Duração do Aleitamento Materno: Contributos para a Enfermagem de Saúde Familiar. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Lemos, C. (2017). Psicofármacos e aleitamento materno. Retrieved from: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/hospitais/vertente1/mapa/CHUC%20Maternidades/Forma%C3%A7%C3%A3o%20-%2011%20-%20Psicof%C3%A1rmacos%20e%20amamenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Retrieved from https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf
- Lima, M. J. (2010). Aleitamento materno. Estudo da prevalência e duração na área de influência do centro de saúde de Belmonte. (Dissertação de mestrado, Faculdade de ciências da saúde, Universidade da beira interior). Retrieved from: <http://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/786/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20M%C2%AA%20Jo%C3%A3o%20Lima.pdf>
- Madarshahian, F., & Hassanabadi, M. (2012) A Comparative study of breastfeeding during pregnancy: Impact on maternal and newborn outcomes. *J Nursing Research* 2012; 20(1): 74–80. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22333968>
- Maia, M. (2007). O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7178/2/Tese.pdf>
- Marinho, M. dos S., Andrade, E. N. De, & Abrão, A. C. F. de V. (2015). Atuação Do (a) Enfermeiro (a) Na Promoção , Incentivo E Apoio Ao Aleitamento Materno. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2), 189–198. Retrieved from

- <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/598>
- Marques, A., Resende, C., Fernandes, S., Santos, S., Campos, J., Faria, C., & Figueiredo, C. (2010). Aleitamento materno no distrito de Viseu entre 1999 e 2009. *Saúde Infantil*, 32(2), 77–82. Retrieved from: http://saudeinfantil.asic.pt/download.php?article_id=169
- Marques, E. S., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. do C. C., Botelho, M. I. V., Araújo, R. M. A., & Junqueira, T. da S. (2009). Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: Consensos e dissensos no cotidiano de cuidado numa Unidade de Saúde da Família. *Physis*, 19(2), 439–455. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000200011>
- Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Im, E., Messias, D.K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6. Retrieved from: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mendes, T. de P. L., Tacla, M. T.G.M., Ferrari, R. A. P., & Fontana, L.M.S. (2017). Compreendendo o Aleitamento Materno no Contexto Familiar: Utilização de Genograma e Ecomapa. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 38-52, abr. 2017. ISSN 2525-8222. Retrieved from: <https://ojs.netlink.com.br/index.php/rpq/article/view/51>
- Miranda, L., Zangão, O., & Risso, S. (2017). O Papel do Enfermeiro no Sucesso para o Aleitamento Materno: Revisão da Literatura, 3. Retrieved from: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/180/268
- Moimaz, S. A., Saliba, O., Borges, H. C., Rocha, N. B., & Saliba, N. A. (2013) Desmame precoce: falta de conhecimento ou de acompanhamento? *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 13(1):53-59. ISSN - 1519-0501. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.4034/pboci.2013.131.08>
- Monteschio, C. A. C., Gaíva, M. A. M., & Moreira, M. D. de S. (2015). O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(5):587-93. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0869.pdf>
- Moraes, A. B., Gonçalves, A. de C., Strada, J.K.R., & Gouveia, H. G. (2017). Fatores associados à interrupção do leite materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. ISSN 1983-1447 *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Retrieved from:

- <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044>
- Nelas, P. A., Ferreira, M., & Duarte, J. C. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Revista referencia* 2, 39-56. Retrieved from: www.index-f.com/referencia/2008pdf/063956.pdf
- Neves, C. V. ,& Marin, A. H.(2013). A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos. *Revista Barbaroi*. ISSN 0104-6578 Retrieved from:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n38/n38a11.pdf>
- Oliveira, A. K. P., Melo, R. A., Maciel, L. P., Tavares, A. K., Amando, A. R., & Sena, C. R. S. (2017).Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. *Av Enferm*.35(3):303-312. Retrieved from: www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n3/0121-4500-aven-35-03-00303.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 126/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeFamiliar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Recomendações para a Preparação para o Nascimento. Retrieved from: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca_2_2012_MCEESMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *15 Propostas para melhorar a eficiência do Serviço Nacional de Saúde*. Contributos da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer nº 04/2016. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 428/2018 – Regulamento de

- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018 Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Orfão, A., Santos, Á., Gouveia, C., & Santos, C. (2014). Registo do Aleitamento Materno: Relatório janeiro a dezembro 2013. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/.../iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx>
- OMS & UNICEF. (2012). Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés. Retrieved from: <http://www.unicef.pt/docs/Unicef-10-medidas-para-BFHI.pdf>
- OMS & UNICEF. (2009). Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70057/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf;jsessionid=7EA2D665D917BFD70DCFABE1A35C81CD?sequence=1
- Paula, A., Sartori, A. & Martins, C. (2010). Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai neste processo. Revista electrónica de enfermagem. Retrieved from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a07.htm>
- Pinheiro, M. R. M. (2004). *O desenvolvimento da transição para o Ensino Superior: o princípio depois de um fim*. Aprender: 9-20
- Pinto, E. (2014). Motivação para o aleitamento materno (Relatório para o grau de mestre, Instituto Politécnico de Viseu- Escola Superior de Saúde). Retrieved from: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2558/1/PINTO%2c%20Edite%20Rocha%20Carvalho%20-%20DissertMestrado.pdf>
- Polido, C. G., Mello, D. F. de, Parada, C. M. L. de, Carvalhaes, M. A. B. & Tonete, V. L.P. (2011). Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. Acta Paulista de Enfermagem. January 2011 24(5):624-630. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/05v24n5.pdf>
- Prado, C. V. C., Fabbro, M. R. C., & Ferreira, G. I. (2016). Desmame precoce na perspectiva de puérperas: uma abordagem dialógica. Texto Contexto Enferm, 25(2):e1580015 Retrieved from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-1580015.pdf
- Prates, L. A., Schmalfuss, J. M., & Lipinski, J. M. (2014). Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. 4(2), 359–367. Retrieved from: <https://doi.org/10.5902/2179769210631>
- Prigol, A. P., & Baruffi, L. M. (2017). O papel do Enfermeiro no cuidado à puérpera. Revista de Enfermagem Da UFSM, 7(1), 1. Retrieved from:

<https://doi.org/10.5902/2179769222286>

- Rebimbas, S., Pinto, C., & Pinto, R. (2010). Aleitamento materno: Análise da Situação num Meio Semi-urbano. *Nascer e Crescer - Revista Do Hospital de Crianças Maria Pia*, XIX(2), 68–73. Retrieved from: http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/672/1/v19n2_artAleitMat.pdf
- Ribeiro, C. S. C. (2015). Determinantes na Prática da amamentação: Mitos e Crenças. Retrieved from: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5352/1/PG_18549.pdf
- Rocci, E., & Fernandes, R. A. Q. (2014). Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014 jan-fev; 67(1): 22-7. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672014000100022&script=sci_abstract&tlng=pt
- Romão, P., Durão, F., Valente, S., & Saldanha, J. (2017). Aleitamento materno: o que mudou em 12 anos. *Revista Nascer e Crescer* vol XXVI, n.º 3. Retrieved from: <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/13491/10277>
- Rua, M. (2009). De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Ensino Clínico. Retrieved from <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/8922/1/2010000418.pdf>
- Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., et al. (2007) Aleitamento materno: prevalência e fatores condicionantes. *Acta Med Port* 2007 Mai-Jun; 20 (3): 193-200. Retrieved from: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17639/1/aleitamento_materno.pdf
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Theoretical Development of Transitions - Transitions: A Central Concept in Nursing. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory - midle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 38–51). New York: Springer Publishing Company, LLC. Retrieved from file:///C:/Users/User/Desktop/TF/LIVRO transitions_theory.pdf
- Silva, B. T., Santiago, L. B., & Lamonier, J. A. (2012). Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Paulista Pediátrica*, 122-130. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/18.pdf>
- Silva, N. M. da, Waterkemper, R., Silva, E. F. da, Cordova, F. P., & Bonilha, A. L. de L. (2014). Mothers' knowledge about exclusive breastfeeding. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Retrieved from: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140039>
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno : prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 223–228. Retrieved from

- <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/3399/2709>
- Siqueira, F. P. C. (2017). A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área do aleitamento materno. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 19(1), 171. Retrieved from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.acps>
- SNS. (2019). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved 4 February 2019 from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2011294/Pages/default.aspx>
- Sousa, A., Fracolli, L. A., & Zoboli, E. L. C. P. (2013). Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Revista Panamericana Salud Publica*, 34(2), 127–134. Retrieved from: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10204989201300080008
- Stockdale, J., Sinclair, M., Kernohan, G., McCrum-Gardner, E., & Keller, J. (2013). Sensitivity of the Breastfeeding Motivational Measurement Scale: A Known Group Analysis of First Time Mothers. *PLOS ONE* 8 (12) Retrieved from: <http://www.plosone.org>.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista (5ª)*. Lusodidacta.
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.(1979). The Belmont Report. Retrieved from: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
- The Nuremberg Code (1949). Retrieved from <https://history.nih.gov/research/downloads/nuremberg.pdf>
- UNICEF. (2005). Declaração Innocenti 2005 Sobre a alimentação do lactente e da criança pequena. Retrieved December 16, 2017, from http://www.unicef.pt/docs/Unicef_Declaracao_Innocenti_2005.pdf
- UNICEF. (2006). Infant and young child feeding - Innocenti Declaration 2005. Retrieved December 16, 2017, from https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_eng_p.pdf
- UNICEF, & Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. (n.d.). Iniciativa Amiga dos bebés. Retrieved from <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&sid=1810111414&cid=5376>
- UNICEF, & Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. (2016). Formação em Aleitamento Materno (AM). Retrieved from: <http://www.unicef.pt/informacao-geral-cursos-de-formacao.pdf>

- UNICEF. (n.d). Benefits of breastfeeding. Retrieved from: https://www.unicef.org/nutrition/index_24763.html
- UNICEF. (n.d.). Como pode uma entidade ser creditada. Retrieved from: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/como-pode-uma-entidade-ser-acreditada/>
- Unidade de Saúde Familiar Leme. (2015). *Regulamento interno da USF Leme*.
- Vasconcellos, M. (2002). Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência (Papirus Editora) (7ª ed.). Campinas. Retrieved from [https://books.google.com.br/books?id=yUSukT_EVwgC&pg=PP8&dq=VASCONCELLOS,+Maria+Jos%C3%A9+Esteves+de+\(2002\).+Pensamento+Sist%C3%AAmico++O+Novo+Paradigma+da+Ci%C3%AAncia.+SP,+Campinas:+Papirus,+2003.&cd=4#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=yUSukT_EVwgC&pg=PP8&dq=VASCONCELLOS,+Maria+Jos%C3%A9+Esteves+de+(2002).+Pensamento+Sist%C3%AAmico++O+Novo+Paradigma+da+Ci%C3%AAncia.+SP,+Campinas:+Papirus,+2003.&cd=4#v=onepage&q&f=false)
- Vaucher, A. L. I., & Durman, S. (2005). Amamentação: crenças e mitos. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*; 7(2):207-214. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000165&pid=S14138123201100050001500030&lng=en
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475–90. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Wilhelm, L. A., Demori, C. C., Alves, C. N., & Barreto, C. N. (2015). A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem, 5(1), 160–168. Retrieved from: <https://doi.org/10.5902/2179769215409>
- Wright, M. L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª Edição. São Paulo. Roca
- Zeichner, K. M. (1993). A formação reflexiva de professores: ideias e práticas. *Educação-professores*. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10451/3704>

ANEXOS

ANEXO I – Parecer Comissão de Ética da ARS Centro

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL, mas deve haver consentimento autónomo para os investigadores poderem tratar os dados pessoais.	DESPACHO: Homologado nos termos pedidos 17092018
---	--

ASSUNTO:	Título: "Sucesso do Aleitamento Materno: contributo da Enfermagem Familiar" (50r/2018) IP: Diana Mafalda Silva Costa (Enfermeira no Serviço de Obstetria do Centro Hospitalar de Baixo Vouga e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, sob a orientação de Marília Rua)
-----------------	---

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.

Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cabral
Vogal,

Dr. Mário Ruivo
Vogal,

No parecer anterior colocámos as questões seguintes:

1. O número de 10 mães é suficiente para ter um trabalho cientificamente aceitável?
2. Há anonimização dos processos/dados recolhidos?
3. Quem se responsabiliza pela proteção dos dados (R GDP)?

1. Relativamente ao número de sujeitos participantes, será considerado o critério da saturação dos dados sustentado pela Fortin (2009), que defende que quando já não houver novas informações significativas as entrevistas serão finalizadas. Será também contemplada a perspetiva de Guest et al. (2006) que afirmam que a saturação dos dados é atingida frequentemente com doze entrevistas, sendo que a partir daí é pouco frequente a emergência de novos temas. De acordo com tudo isto, definimos um total de doze mulheres, que cumpram os critérios de inclusão.
2. As entrevistas serão transcritas para o computador pessoal da investigadora (identificando cada uma com um código alfanumérico que se inicia em "E-01" ao colocar no programa informático). Os dados pessoais são limitados ao necessário para os efeitos para os quais são tratados, sendo as entrevistas destruídas após a realização do trabalho.
3. "A atestar todo o cumprimento, garante-se igual compromisso do orientador deste projeto e do responsável da instituição de ensino, (Diretor da ESSUA)" (transcrição da resposta).

Tendo em atenção as respostas, não temos objeções éticas.
O parecer é favorável, condicionado.

O Relator e Presidente da CES da ARS do Centro,

Prof. Doutor CA Fontes Ribeiro

**ANEXO II – Autorização do Diretor da Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro**



AUTORIZAÇÃO

Para os devidos efeitos autorizo a estudante **Diana Mafalda Silva Costa**, do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a realizar o projeto de investigação intitulado "*Sucesso do Aleitamento Materno: Contributo da Enfermagem de Saúde Familiar*", sob a orientação científica da Doutora Marília Rua.

Aveiro, 22 de maio de 2018

O Diretor da Escola Superior de Saúde

Prof. Doutor Rui Jorge Dias Costa

ANEXO III – Autorização do Coordenador da USF Leme



USF Leme

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação

Para os devidos efeitos informa-se que o pedido de autorização apresentado pela aluna do 4º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, **Diana Mafalda Silva Costa**, referente a realização de estudo de investigação **"Sucesso do Aleitamento Materno: contributo da Enfermagem Familiar"**, a ser implementado na USF Leme, foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

Ílhavo, 12 de novembro de 2018,

Dr. Rui Pinheiro
Coordenador da USF Leme

Centro de Saúde de Ílhavo
USF LEME
Av. Dr. Rocha Madail, s/n
3830-193 ÍLHAVO



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, L.P.



APÊNDICES

APÊNDICE I – Poster Aleitamento Materno

ALEITAMENTO MATERNO



Recomendações da Organização Mundial de Saúde:

Até aos 6 meses

Aleitamento materno exclusivo

A partir dos 6 meses

Introdução de alimentos sólidos e líquidos (água) em simultâneo

Até aos 2 anos

Aleitamento materno em complemento da alimentação

Posições para amamentar:



Cavalinho

1. Mãe sentada, bem recostada;
2. Mão da mãe apoia a cabeça do bebé com uma mão e com a outra posiciona a mama;
3. Barriga com barriga;
4. Bebê fica sentado no colo da mãe.



Rugby (sentada invertida)

1. Mãe sentada, bem recostada;
2. Bebê fica deitado numa almofada, encostado à mãe;
3. Mão da mãe sustém a nuca do bebé;
4. Corpo do bebé repousa no antebraço da mãe.



Transversal

1. Mãe sentada, bem recostada;
2. Bebê fica deitado numa almofada, encostado à mãe;
3. Mãe segura o corpo de seu bebé com o braço oposto à mama que irá oferecer e apoia a cabeça do bebé com a mão aberta.



Sentada Tradicional

1. Mãe sentada com as costas direitas e apoiadas;
2. Deve usar almofadas para apoiar o bebé e as costas;
3. Bebê de frente para a mãe e boca ao nível da mama.



Deitada

1. Mãe deitada sobre um dos lados;
2. Bebê deitado de lado (barriga com barriga);
3. Mãe fica com o braço livre para realizar carícias ao bebé;
4. Proporciona descanso à mãe e ao bebé.

Sinais de pega correta:

1. A boca do bebé está bem aberta;
2. O lábio inferior está virado para fora;
3. O queixo toca na mama;
4. A boca apanha a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela, incluindo os canais galactóforos.
5. O bebé mama na aréola e não no mamilo;
6. Pode-se ver mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé;
7. A bochecha do bebé enche quando suga o leite.



Bibliografia:

- Bobak, I., et al. (1999). Enfermagem na Maternidade (4 ed.). Loures: Lusociência
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Organização Mundial de Saúde (2001). Retrieved from http://www.leitematerno.org/oms.htm#_ftnref1
- UNICEF (2016). From the first hour of life. Retrieved from <https://www.unicef.pt/media/1501/81-desde-a-1%C2%AA-hora-de-vida-parte-i.pdf>
- Cartaz realizado por: Enl[®] Diana Costa (Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro)
- Sob orientação de: Enl[®] Isabel Lopes (Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar)

APÊNDICE II – Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Participantes

	Idade	Paridade	Tipo de parto	Data do parto	AM 1ª hora de vida	Duração do AM exclusivo (meses)	Duração do AM (meses)	Estado civil	Profissão	Índice de Graffar
E1	38	II	PE	05/07/2017	Sim	6	13 (ainda a amamentar)	Casada	Consultora informática	Média Alta
E2	39	II	CSA	12/12/2017	Sim	5	8	Casada	Assistente dentária	Média
E3	35	III	PE	17/07/2017	Sim	6	14	Casada	Administrativa	Média alta
E4	36	II gemelar	V + PE	27/04/2017	Não	1	1	União de facto	Produtora de eventos	Média
E5	36	II	PE	05/11/2017	Sim	6	10	União de facto	Operária fabril	Média
E6	39	II	CSA	30/10/2017	Não	6	12	Casada	Rececionista	Média
E7	30	I	PE	22/06/2017	Sim	6	13	Casada	Operária fabril	Média baixa
E8	35	I	V	3/05/2017	Sim	6	18 (ainda a amamentar)	Casada	Operária fabril	Média
E9	39	II	CSA	20/09/2017	Não	6	8 (deixou de amamentar por gravidez)	Casada	Auxiliar de ação educativa	Média
E10	27	I	V	17/01/2017	Não	6	12	Casada	Desempregada	Média
E11	25	IV	PE	10/09/2017	Sim	5	12 (deixou de amamentar por gravidez)	Casada	Desempregada	Baixa
E12	37	II	PE	24/07/2017	Sim	6	6	Casada	Desempregada	Média baixa
E13	33	I	CSA	10/09/2017	Sim	6	15 (ainda a amamentar)	Casada	Auxiliar de saúde	Média alta

Legenda:

PE – Parto eutócico

CSA – Parto Distócico por Cesariana

V- Parto Distócico por Ventosa

APÊNDICE III – Guião da entrevista semiestruturada



Tema: Sucesso do Aleitamento Materno: Contributos da Enfermagem Familiar

Entrevistadas: Mulheres que foram mães no período compreendido entre dezembro de 2016 e dezembro de 2017 e obdeçam aos critérios de inclusão

Local: instalações da USF Leme

Dia e Hora: a definir com as entrevistadas

Duração: até 60 minutos

Bloco temático	Objetivos	Questões
I Preparação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimar a entrevista • Motivar as entrevistadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar as entrevistadas sobre o estudo que me encontro a desenvolver e os seus objetivos; • Pedir a sua colaboração para a continuação do mesmo; • Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato das entrevistadas; • Solicitar a autorização para gravação áudio da entrevista.

<p>II</p> <p>Vivências das participantes no âmbito do aleitamento materno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o conceito de sucesso de AM para cada mãe; • Conhecer qual a percepção das mães sobre o apoio recebido do EF e outros profissionais de saúde no âmbito do AM; • Identificar qual o contributo do apoio recebido pelos EF e outros profissionais de saúde para o sucesso do AM; • Identificar qual a importância na tomada de decisão das mães de continuar o AM, por 	<ul style="list-style-type: none"> • O que entende por sucesso do AM? • Em que medida considera que teve sucesso no AM? • Quantos meses amamentou exclusivamente? • Quantos meses amamentou, para além da amamentação exclusiva? • Até que ponto a amamentação (explicar as normas da DGS) é importante para si? • Até que ponto considera a amamentação importante para o bebé? • Durante a gravidez e no pós-parto, quem lhe deu mais apoio para o AM? • De que forma foi dado o apoio para a preparação para a amamentação pelos profissionais de saúde? • Qual a fase da preparação para a amamentação que mais a motivou para amamentar, na gravidez ou no pós-parto? Porquê? • Em que medida os profissionais de saúde contribuíram para o sucesso do AM? • O que considera que os profissionais de saúde poderiam melhorar para prestar um apoio ao AM mais eficaz? • Durante o AM teve algumas dificuldades? Se sim quais? • Quem lhe deu apoio para ultrapassar as dificuldades sentidas? • Qual a sua experiência relativamente ao apoio dos enfermeiros no AM, durante a gravidez, durante o internamento no pós-parto ou após a alta? • O que considera que os enfermeiros poderiam melhorar na sua atuação para promover o sucesso do AM? • Acha que os enfermeiros são importantes para o apoio no AM?
---	---	--

	<p>elas atribuída, ao contributo do EF e outros profissionais de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O que para si foi mais relevante na intervenção do seu enfermeiro de família? • O que entende que o seu enfermeiro de família deveria ter feito para a apoiar na preparação para a amamentação?
<p>III</p> <p>Conclusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar temas que a participante considere oportuno e significativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gostaria de acrescentar alguma ideia? • Agradecer a disponibilidade e colaboração; • Dado o encerramento da entrevista.

APÊNDICE IV – Declaração de Consentimento Informado



Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NUM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

(de acordo com o Código de Nuremberga, a Declaração de Helsínquia e o Relatório de Belmont)

Serve o presente documento como convite a participar num estudo cuja temática é **“Sucesso do Aleitamento Materno: contributo da Enfermagem Familiar”**.

Peço, por favor, que leia atentamente a informação que se segue sobre a apresentação do estudo e caso tenha alguma dúvida, não hesite em solicitar mais informações.

Enquadramento: Este estudo de investigação será realizado pela Enfermeira Diana Costa, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado em consórcio pela Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança, sob orientação da Professora Doutora Marília dos Santos Rua.

Explicação do estudo: Este estudo será de natureza qualitativa e tem como principal objetivo explorar as experiências vividas pelas mães para compreender quais os fatores relacionados com os profissionais de saúde (dando especial relevância aos enfermeiros) que na sua perspetiva influenciam o sucesso do aleitamento materno. Deste modo, penso que será possível identificar os fatores que condicionam o apoio dos enfermeiros e outros profissionais de saúde no sucesso do aleitamento materno, visando melhorar a sua atuação e, aumentando inevitavelmente a qualidade dos cuidados prestados às grávidas/puérperas/mães e inerentemente aos RN's/bebés/crianças e restante família

Método de Colheita de Dados: Pretende-se realizar entrevista semi-estruturada, com gravação em áudio, sendo que o seu discurso será posteriormente transcrito e citado total ou parcialmente, mantendo-se o anonimato dos participantes.

Local de Colheita de Dados: O local será designado o mais oportuno ao participante, podendo ser num gabinete da própria USF ou em contexto de visita domiciliária.

Condições: A participação no estudo não traz nenhuma contrapartida para o participante. É de carácter voluntário sem prejuízos assistenciais, poderão desistir a qualquer momento e não há qualquer consequência para quem se recusar a participar. O estudo foi precedido de um parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, assim como da autorização do Presidente do ACeS de Baixo Vouga e do Coordenador da USF.

Confidencialidade e anonimato: Há a garantia que todos os dados são confidenciais ficando apenas ao cuidado da investigadora, que os utilizará exclusivamente para a investigação. As entrevistas serão anónimas e apesar de serem gravadas em áudio e transcritas para suporte informático serão identificadas pela investigadora através de códigos alfanuméricos. Após a realização do trabalho, e de acordo com as normas do Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679, as entrevistas serão apagadas.

Desde já agradeço a sua colaboração, disponibilidade e autenticidade. O seu contributo é indispensável para melhorar práticas futuras no âmbito da Enfermagem.

Se concorda com a proposta que lhe é feita, assine este documento.

“Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais adicionais que me foram dadas pela investigadora. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em

que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato”.

“Declaro que aceito participar neste estudo de investigação”	
Assinatura:	Data:
Responsável pelo estudo: Diana Costa e-mail: a33187@ua.pt contacto telefónico:966816765	

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 3 PÁGINAS E DEVE SER ASSINADO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE PARTICIPA E CONSENTE

APÊNDICE V – Codificação webQDA

